



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Isabel Alves Esteves

**Saúde e Higiene Oral em Jardins-de-Infância:
Um Benefício ou Um Risco?**



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Isabel Alves Esteves

Saúde e Higiene Oral em Jardins-de-Infância: Um Benefício ou Um Risco?

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Estudos da Criança
Área de Especialização em Promoção da Saúde
e do Meio Ambiente

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Zélia Anastácio

Outubro de 2010

DECLARAÇÃO

Isabel Alves Esteves

Bilhete de Identidade n.º 12051850

isa.alves.esteves@gmail.com

Saúde e Higiene Oral em Jardins de Infância:

Um Benefício ou Um Risco?

Dissertação de Mestrado em Estudos da Criança

Área de Especialização em Promoção da Saúde e do Meio Ambiente

Trabalho efectuado sob a orientação:

Professora Doutora Zélia Anastácio

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, __/ __/ __.

Isabel Alves Esteves

AGRADECIMENTOS

Este estudo de investigação, apesar do seu carácter individual, reúne diversos contributos de diferentes pessoas que tornaram possível a sua consecução.

Estas pequenas palavras de agradecimentos dirigem-se especialmente:

À Doutora Zélia Anastácio, por ter aceite com entusiasmo o papel de orientadora, por me ter possibilitado a oportunidade de aprender sempre com liberdade de acção, pela disponibilidade, dedicação e apoio constantes ao longo de todo este percurso.

Aos Professores do Mestrado pela partilha de tantos saberes.

Às crianças e pais/encarregados de educação envolvidos nesta investigação.

Às Educadoras envolvidas no projecto, Patrícia e Sameiro, pelo acolhimento, colaboração e tempo dispensado.

Ao Dr. António Pedro Silva, por todos os momentos produtivos de discussão de ideias, por toda a amizade, disponibilidade, colaboração e apoio.

À Dra. Sílvia Faria, pela disponibilidade e envolvimento nesta investigação.

À família, amigos e colegas por todos os momentos de companheirismo, encorajamento, apoio e por todos os sorrisos.

Aos meus pais, por estarem presentes em todos os momentos, por se revelarem o porto seguro que sempre são, por todo o amor, atenção e paciência sem uma única qualquer reserva, por toda a confiança e apoio incondicional, sem os quais não seria o que sou hoje.

E a todos aqueles mais que, directa ou indirectamente, contribuíram para este estudo de investigação.

A todos um grande e sincero obrigado
cheio de gratidão e reconhecimento!

“Levar o aluno a descobrir o seu próprio corpo e a sua relação com o mundo é um passo fundamental para a formação da sua identidade (...) Será, portanto, através da observação, da análise, da reflexão e da manipulação dos novos conceitos de vida/saúde/doença que o jovem irá incorporando hábitos e conhecimentos indispensáveis para manter ou adquirir saúde e conquistar melhor qualidade de vida” (Darcy Ribeiro, 1985).

RESUMO

No mundo de hoje, vemo-nos envolvidos no “frenesi” do nosso quotidiano. Tal origina um ritmo de vida marcado por agitação, stress, ansiedade, ... Este modo de vida, por sua vez, leva a que a nossa saúde seja, com frequência, arrastada para um segundo plano.

Vislumbra-se aqui a verdadeira urgência de promoção da saúde encarada como a indispensabilidade das pessoas pensarem em si próprias, capacitarem-se e tomarem as suas próprias decisões para alcançar uma vida com qualidade.

Dar a importância merecida à saúde significa necessariamente atender também à saúde oral, sendo que esta constitui uma dimensão da saúde geral, havendo uma forte inter-relação entre ambas (OMS, 2003). A saúde oral influencia a saúde global do indivíduo afectando-o física, psicológica e socialmente (Sheiham, 2005). Desta forma, torna-se importante *o reforço das acções de promoção da saúde e prevenção das doenças orais e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação* (DGS, 2005:5).

Remetendo para a área da educação pré-escolar, o presente trabalho pretende explorar os benefícios e/ou riscos da implementação da saúde oral nos jardins-de-infância, respondendo aos objectivos: aferir conhecimentos, valores e atitudes sobre saúde e higiene oral; aplicar um programa de intervenção pedagógico com sessões estruturadas para a higiene oral; avaliar os resultados da acção pedagógica por meio de um questionário utilizado como Pré-Teste e Pós-Teste.

A metodologia utilizada foi a investigação-acção, por se afigurar a mais adequada para o estudo da situação social com o intuito de melhorar a qualidade da acção que aí decorre (Elliott, 1991). Assim, seleccionaram-se dois jardins-de-infância para o estudo, construiu-se e validou-se um questionário sobre saúde e higiene oral para aplicação indirecta às crianças, realizou-se o pré-teste, implementou-se o programa de intervenção e, por fim, realizou-se o pós-teste com o mesmo instrumento. A amostra incluiu 42 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos. Os dados do questionário foram tratados estatisticamente, tendo sido aplicado o teste T para amostras emparelhadas para avaliar mudanças significativas.

Os resultados denotam evolução nos conceitos e comportamentos de saúde e higiene, nos elementos materiais a usar na higiene, no conhecimento da função e da constituição da boca e dos dentes, na autonomia e no modo de escovagem dos dentes.

A abordagem da saúde oral na educação pré-escolar apresenta benefícios, comprovados pela evolução nos conhecimentos, valores e atitudes das crianças. Há igualmente obstáculos e riscos mas que podem e devem ser contornados e minimizados com a colaboração de todos.

Palavras-chave: saúde oral, crianças, investigação-acção.

ABSTRACT

Today we find ourselves involved in the frenzy of our everyday life. This brings a rhythm of life characterized by restlessness, stress, anxiety... This way of living, in turn, often pushes our health to the background.

Here we can see the true urgency of promoting health, seen as the people's indispensability of thinking about themselves, to empower themselves and to make their own decisions in order to reach a quality life.

To give the due importance to our health necessarily means also to pay attention to oral health, since it represents a dimension of general health with a strong connection between them (OMS, 2003). Oral health influences a person's general health affecting them physically, psychologically and socially (Sheiham, 2005). Therefore, it is of great importance the reinforcement of actions to promote health and prevention of oral diseases, as well as a greater cooperation between health and education professionals (DGS, 2005:5).

Referring to preschool education, the present work aims to explore the benefits and/or risks of the implementation of oral health during nursery school, with the following goals: to assess the awareness, values and attitudes towards health and oral hygiene; to apply a pedagogic intervention programme with sessions directed to oral hygiene; to evaluate the results of this pedagogic action by means of a questionnaire used as assessment before and after the action.

The methodology used was investigation-action, since it proved to be the most adequate for the study of the social situation in order to improve the quality of the resulting action (Elliot, 1991). Thus, two nursery schools were selected for the study, a questionnaire about health and oral hygiene to be used indirectly with the children was prepared and validated, the preliminary test was carried out, the intervention programme was implemented and, at last, the post-test was carried out using the same tool. The sample included 42 children aged between 3 and 6 years old. The data of the questionnaire were handled statistically and it was applied the T test for paired samples to assess significant variations.

The results showed an evolution in the concepts and behaviour related to health and hygiene, on materials that should be used in personal hygiene, in knowledge of the function and the constitution of the mouth and teeth, in autonomy and way of brushing their teeth.

Approaching oral health in preschool education presents benefits, confirmed by the evolution in children's knowledge, values and attitudes. There are also obstacles and risks that can and should be handled and minimized with everybody's cooperation.

Keywords: oral health, children, investigation-action.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	III
RESUMO	VII
ABSTRACT	IX
ÍNDICE DE TABELAS	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIV
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO PROBLEMA.....	4
2.1. Saúde.....	4
2.2. Saúde Oral.....	6
2.2.1. Anatomia e fisiologia dentária	8
2.2.2. As dentições no Homem	9
2.2.3. As doenças orais	11
2.3. Promoção da Saúde	12
2.4. Promoção da Saúde Oral	13
2.5. A Educação e a Saúde	15
2.6. Problema, Objectivos Geral e Específicos da Investigação	21
3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	23
3.1. Uma Investigação-Accção.....	23
3.2. Um Estudo de Caso	24
3.3. Descrição do Estudo	24
3.4. Amostra para a Investigação	25
3.5. Instrumentos de Recolha de Dados.....	28
3.5.1. Questionários	28
3.5.2. Observação Participante Sistemática	33
3.5.3. Entrevistas.....	33
3.6. Triangulação de Métodos.....	35
3.7. Programa de Intervenção Pedagógica	35
3.7.1. 1ª Sessão: Saúde e Higiene	35
3.7.2. 2ª Sessão: Baú da Saúde e Higiene	37
3.7.3. 3ª Sessão: Dental Show.....	38
3.7.4. 4ª Sessão: Escovagem dos Dentes “a Seco”	40

3.7. 5. 5ª Sessão: Preparação e Visita a um Consultório Dentista.....	42
4.1. Análise comparativa dos resultados do Pré e Pós-Teste	44
4.2. Análise de Conteúdo das Entrevistas.....	85
4.3. Análise das Informações Médicas	90
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	94
5.1. Limites da Investigação.....	108
5.2. Perspectivas Futuras	108
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
ANEXOS	117
Anexo I	118
Questionário.....	118
Anexo II.....	133
Aprovação do Questionário	133
Anexo III	137
Autorizações	137
Anexo IV	141
Elementos do Programa de Intervenção Pedagógica.....	141
Anexo V	151
Diário de Bordo	151
Anexo VI	161
Resultados.....	161
Anexo VII.....	231
Entrevistas	231

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – “Relação Idade/ N.º de Crianças”	26
Tabela 2 – “Relação Sexo/ N.º de Crianças”	26
Tabela 3 – “Relação Sexo/ Idade das Crianças”	26
Tabela 4 – “Ida ao Dentista” – Pré-Teste	90
Tabela 5 – “Ida ao Dentista” – Pós-Teste	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – “Constituintes da Boca”	8
Figura 2 – “Constituição de um Dente”	9
Figura 3 – “Dentição Decídua”	10
Figura 4 – “Dentição Definitiva”	10
Figura 5 – “Evolução de uma Cárie”	11
Figura 6 – “Evolução de uma Gengivite para uma Periodontite”	12
Figura 7 – “Relação Sexo/ Idade das Crianças”	27
Figura 8 – “Relação Elementos da Família/ N.º de Crianças”	27
Figura 9 – “Conceito ‘Saúde’” – Pré-Teste.....	45
Figura 10 – “Conceito ‘Saúde’” – Pós-Teste	45
Figura 11 – “Descrição do Conceito ‘Saúde’” – Pré-Teste.....	45
Figura 12 – “Descrição do Conceito ‘Saúde’” – Pós-Teste	46
Figura 13 – “Saudável Comer Doces” – Pré-Teste	47
Figura 14 – “Saudável Comer Doces” – Pós-Teste	47
Figura 15 – “Saudável Praticar Exercício” – Pré-Teste	47
Figura 16 – “Saudável Praticar Exercício” – Pós-Teste.....	47
Figura 17 – “Saudável Ter Más Posições” – Pré-Teste	48
Figura 18 – “Saudável Ter Más Posições” – Pós-Teste	48
Figura 19 – “Saudável Deitar Cedo” – Pré-Teste	48
Figura 20 – “Saudável Deitar Cedo” – Pós-Teste	48
Figura 21 – “Saudável Deitar Tarde” – Pré-Teste.....	49
Figura 22 – “Saudável Deitar Tarde” – Pós-Teste	49
Figura 23 – “Saudável Usar Sempre a Mesma Roupas” – Pré-Teste	49
Figura 24 – “Saudável Usar Sempre a Mesma Roupas” – Pós-Teste.....	49
Figura 25 – “Importância de Comer Muitos Doces” – Pré-Teste	51
Figura 26 – “Importância de Comer Muitos Doces” – Pós-Teste.....	51
Figura 27 – “Comportamento Andar de BTT” – Pré-Teste	52
Figura 28 – “Comportamento Andar de BTT” – Pós-Teste.....	52
Figura 29 – “Conceito ‘Higiene’” – Pré-Teste.....	53
Figura 30 – “Conceito ‘Higiene’” – Pós-Teste	53
Figura 31 – “Descrição do Conceito ‘Higiene’” – Pré-Teste.....	53

Figura 32 – “Descrição do Conceito ‘Higiene’” – Pós-Teste	54
Figura 33 – “Importância da Higiene” – Pré-Teste.....	54
Figura 34 – “Importância da Higiene” – Pós-Teste	55
Figura 35 – “Comportamento Tomar Banho” – Pré-Teste	56
Figura 36 – “Comportamento Tomar Banho” – Pós-Teste	56
Figura 37 – “Comportamento Escovar o Cabelo Todos os Dias” – Pré-Teste	58
Figura 38 – “Comportamento Escovar o Cabelo Todos os Dias” – Pós-Teste	58
Figura 39 – “Importância de Lavar e Escovar Cabelo” – Pré-Teste	59
Figura 40 – “Importância de Lavar e Escovar Cabelo” – Pós-Teste.....	59
Figura 41 – “Necessidade de Elixir para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo” – Pré-Teste.....	60
Figura 42 – “Necessidade de Elixir para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo” – Pós-Teste	60
Figura 43 – “Necessidade de Copo e Escova dos Dentes para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo” – Pré-Teste.....	60
Figura 44 – “Necessidade de Copo e Escova dos Dentes para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo” – Pós-Teste	60
Figura 45 – “Necessidade de Pasta para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo” – Pré-Teste.....	61
Figura 46 – “Necessidade de Pasta para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo” – Pós-Teste	61
Figura 47 – “Comportamento Lavar as Mãos Muitas Vezes” – Pré-Teste	61
Figura 48 – “Comportamento Lavar as Mãos Muitas Vezes” – Pós-Teste.....	61
Figura 49 – “Comportamento Lavar as Mãos Antes de Comer” – Pré-Teste	62
Figura 50 – “Comportamento Lavar as Mãos Antes de Comer” – Pós-Teste.....	62
Figura 51 – “Comportamento Lavar as Mãos Depois de Comer” – Pré-Teste	63
Figura 52 – “Comportamento Lavar as Mãos Depois de Comer” – Pós-Teste	63
Figura 53 – “Necessidade da Boca para Brincar e Saltar” – Pré-Teste	64
Figura 54 – “Necessidade da Boca para Brincar e Saltar” – Pós-Teste	64
Figura 55 – “Necessidade da Boca para Cheirar” – Pré-Teste.....	64
Figura 56 – “Necessidade da Boca para Cheirar” – Pós-Teste	64
Figura 57 – “Necessidade da Boca para Ouvir” – Pré-Teste	65
Figura 58 – “Necessidade da Boca para Ouvir” – Pós-Teste.....	65
Figura 59 – “Necessidade da Boca para Ver” – Pré-Teste.....	65

Figura 60 – “Necessidade da Boca para Ver” – Pós-Teste	65
Figura 61 – “Constituintes da Boca” – Pré-Teste	66
Figura 62 – “Constituintes da Boca” – Pós-Teste	67
Figura 63 – “Função dos Dentes” – Pré-Teste	68
Figura 64 – “Função dos Dentes” – Pós-Teste.....	68
Figura 65 – “Forma e Tamanho dos Dentes Todos Iguais” – Pré-Teste.....	69
Figura 66 – “Forma e Tamanho dos Dentes Todos Iguais” – Pós-Teste	69
Figura 67 – “Designação dos Dentes Igual” – Pré-Teste	70
Figura 68 – “Designação dos Dentes Igual” – Pós-Teste	70
Figura 69 – “Motivos da Importância da Escovagem dos Dentes” – Pré-Teste	71
Figura 70 – “Motivos da Importância da Escovagem dos Dentes” – Pós-Teste.....	71
Figura 71 – “Necessidade de Fio Dentário para Escovar os Dentes” – Pré-Teste	72
Figura 72 – “Necessidade de Fio Dentário para Escovar os Dentes” – Pós-Teste.....	72
Figura 73 – “Necessidade de Toalha para Escovar os Dentes” – Pré-Teste	73
Figura 74 – “Necessidade de Toalha para Escovar os Dentes” – Pós-Teste.....	73
Figura 75 – “Momentos de Escovagem” – Pré-Teste	74
Figura 76 – “Momentos de Escovagem” – Pós-Teste.....	74
Figura 77 – “Aprendizagem do Método de Escovagem” – Pré-Teste	75
Figura 78 – “Aprendizagem do Método de Escovagem” – Pós-Teste.....	75
Figura 79 – “Escovagem sem Ajuda” – Pré-Teste.....	76
Figura 80 – “Escovagem sem Ajuda” – Pós-Teste	76
Figura 81 – “Motivos de Uso de Escova Individual” – Pré-Teste	77
Figura 82 – “Motivos de Uso de Escova Individual” – Pós-Teste.....	77
Figura 83 – “Descrição da Escovagem” – Pré-Teste	78
Figura 84 – “Descrição da Escovagem” – Pós-Teste.....	79
Figura 85 – “Comportamento Escovar a Língua” – Pré-Teste.....	79
Figura 86 – “Comportamento Escovar a Língua” – Pós-Teste	79
Figura 87 – “Conceito ‘Fio Dentário’” – Pré-Teste	80
Figura 88 – “Conceito ‘Fio Dentário’” – Pós-Teste.....	80
Figura 89 – “Ida ao Dentista” – Pré-Teste	81
Figura 90 – “Ida ao Dentista” – Pós-Teste.....	81
Figura 91 – “Importância de Ir ao Dentista” – Pré-Teste.....	82
Figura 92 – “Importância de Ir ao Dentista” – Pós-Teste	82
Figura 93 – “Conceito ‘Cárie’” – Pré-Teste.....	83

Figura 94 – “Conceito ‘Cárie’” – Pós-Teste	83
Figura 95 – “Descrição do Conceito ‘Cárie’” – Pré-Teste.....	83
Figura 96 – “Descrição do Conceito ‘Cárie’” – Pós-Teste	84
Figura 97 – “Perigo dos Doces para os Dentes” – Pré-Teste	85
Figura 98 – “Perigo dos Doces para os Dentes” – Pós-Teste	85
Figura 99 – “Existência de Cáries” – Resultados dos “Check-Up’s”	91
Figura 100 – “Relação Idade/ N.º de Crianças com Cáries.....	92
Figura 101 – “Comportamento Comer Doces” – Pré-Teste (somente Crianças com Cáries)	93
Figura 102 – “Comportamento Comer Doces” – Pós-Teste (somente Crianças com Cáries)	93
Figura 103 – “N.º de Escovagens por Dia” – Pré-Teste (somente Crianças com Cáries)	93
Figura 104 – “N.º de Escovagens por Dia” – Pós-Teste (somente Crianças com Cáries)	93

1. INTRODUÇÃO

Com o evoluir dos tempos, as últimas décadas tornaram-se férteis em mudanças na forma de vida, nos saberes, nos valores e nas mais diversas atitudes.

Vivendo numa época de mudança representada pela ânsia de aproveitar a vida, pelo usufruir dos bens de consumo e de prazer, pela rejeição do sofrimento e por um certo individualismo, adoptamos diferentes estilos de vida que demonstram uma crescente preocupação com o bem-estar, com a saúde e com uma vida de qualidade (Dias, 2000).

Ao mesmo tempo, perante a ânsia de viver expressada no desejo de levar a cabo projectos e sonhos, vemo-nos envolvidos numa corrente de “*frenesi*”, que confere à vida do dia-a-dia um ritmo altamente acelerado, caracterizado por uma agitação, desassossego, ansiedade, stress, ... onde gerir o tempo se torna uma obrigação difícil.

Com tudo isto, o tempo para viver a vida propriamente dita, esgota-se e com ele, por vezes, esgota-se a calma, a paciência e a capacidade de lidar com os outros.

Este contexto retrata o dia-a-dia de inúmeras pessoas, adultos, pais que, absorvidos e preocupados em alcançar uma maior qualidade de vida para si e para aqueles que os rodeiam, se esquecem de atender e despender tempo e atenção às suas crianças.

Atendendo a estes pressupostos, alcançamos a realidade dos dias de hoje: as crianças permanecem nas creches, jardins-de-infância, escolas, ..., horas sem fim. Passando nestes espaços grande parte da infância, as crianças fazem aprendizagens em diversos domínios (Freitas *et al.*, 2000). Aproveitando todo este tempo, as crianças deverão ter a oportunidade de começar a adquirir conhecimentos científicos e hábitos sociais, que permitirão enfrentar problemas da vida. Aliados a estes, deverão estar presentes os conhecimentos e hábitos de saúde, que, por sua vez, permitirão atingir o maior nível de saúde física, mental e social (Sanmarti, 1998)¹.

Possibilitar-se-á, desta forma, uma igualdade entre todas as crianças, que terão o direito à saúde, independentemente das suas famílias e respectivos níveis sociais.

Parece fácil assumir perante todos estes propósitos que as creches, jardins-de-infância, escolas deverão ocupar um papel fundamental na educação para a saúde, sendo esta entendida como um processo, que procura capacitar as pessoas, neste caso, as crianças a adoptarem estilos de vida saudáveis (Carvalho, 2006).

¹ Referido em Precioso (2004).

Este processo, designado por *empowerment*, é essencial, possibilitando a aquisição de conhecimentos, valores e atitudes que se revelem ser adequados para “*manter ou alargar o potencial de saúde*” (DGS, 2005:45).

Neste sentido, as instituições educativas deverão debruçar-se sobre as mais diversas áreas de saúde, focando com especial atenção a saúde oral, uma vez que se encontra comprovado que as doenças orais são um dos principais problemas de saúde nas crianças, devido à sua elevada incidência/prevalência (DGS, 2005).

Para tal, há a destacar a indispensabilidade de um envolvimento dos profissionais de educação e de saúde, que trabalhando conjuntamente poderão possibilitar uma melhor saúde oral para as crianças.

No entanto, a saúde/higiene oral nos jardins-de-infância e escolas, apesar de se encontrar fortemente referenciada e aconselhada no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (DGS, 2005), é ainda uma área controversa, perante a qual se discutem opiniões divergentes provenientes de diferentes intervenientes nestas questões, onde se pretendem evidenciar benefícios e/ou riscos.

Procuraremos com esta investigação, no contexto de jardim-de-infância, alcançar respostas que possibilitem clarificar ideias e opiniões perante esta área.

Para tal, esta dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos:

- O primeiro capítulo – *Enquadramento Teórico do Problema* – tem os componentes teóricos primordiais que sustentam a investigação. Envolve a área da saúde, destacando o âmbito da saúde oral, convergindo para a indispensabilidade actual da promoção da saúde de todos e de cada um. A área da saúde é interligada à área da educação, fomentando a necessidade de tal relação. Enquadra-se o problema, formulam-se os objectivos – geral e específicos – e alcança-se a questão de investigação;

- O segundo capítulo – *Metodologia de Investigação* – destaca, tal como o próprio nome assume, a metodologia adoptada, descreve o estudo e caracteriza a amostra e os instrumentos de recolha de dados. Apresenta igualmente o Programa de Intervenção Pedagógica estritamente planeado.

- O terceiro capítulo – *Resultados* – apresenta na sua composição os resultados alcançados ao longo da investigação, englobando os resultados dos questionários aplicados às crianças (Pré e Pós-teste), os resultados da análise de conteúdo das entrevistas às educadoras,

às mães e aos médicos dentistas e os resultados obtidos pelas informações médicas facultadas pela médica dentista.

- O quarto e último capítulo – *Discussão e Conclusão* – possibilita discutir resultados e alcançar conclusões perante a questão de investigação.

Após estes capítulos, surgem as referências bibliográficas, seguidas dos anexos essenciais ao estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO PROBLEMA

2.1. Saúde

Definir saúde apresenta-se como uma iniciativa árdua e complexa. Tal acontece pois, ao longo dos tempos, a saúde tem sido encarada de diferentes modos, reflectindo a diversidade do contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico da experiência humana (Ribeiro, 1998).

Optando portanto, por uma retrospectiva neste âmbito, remontaremos à Grécia Antiga, onde a saúde ou, por outro lado, a doença se encontrava ao critério da vontade dos deuses. Estes usavam as suas forças, materializando-as sob a forma de doenças, expressando desta forma os seus castigos e vinganças (Lopes, 1970).

Posteriormente, quebrando esta ideia das doenças provenientes de causas divinas e sobrenaturais, surge Hipócrates², afirmando que a atribuição de uma causa sagrada para as doenças se revestia unicamente de ignorância.

Adiantava igualmente que o corpo seria constituído por quatro líquidos ou humores: o sangue, a fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra, que num equilíbrio harmonioso constituiriam a saúde e, por antagonismo, perante o excesso ou a falta de um deles constituir-se-ia a doença. Ainda nesta linha de pensamento, Hipócrates, para além de atribuir a doença a um desequilíbrio dos humores, dando grande importância às forças do organismo, admitia também a relevância das forças do ambiente como causadoras de doença (Carvalho, 2002).

Concretizando, as teorias deste estudioso grego, considerado o Pai da Medicina, admitiam a doença como um desequilíbrio do estado natural do corpo, quer tal acontecesse por factores internos (orgânicos) ou externos (ambientais).

A influência do pensamento de Hipócrates manteve-se para além da Idade Média, até ao período do Renascimento. Aqui surgiu o *modelo biomédico da saúde*, totalmente enraizado no período renascentista, descrito por inúmeras mudanças revolucionárias nas mais diversas áreas da vida humana (Barros, 2002) – cultura, sociedade, economia, política, religião,...

Influenciado pelos pensamentos de Copérnico, Galileu, Descartes, Newton, ..., entre outros estudiosos da época, este modelo caracterizava a saúde como *biomédica*, sendo uma

² Referido em Carvalho (2002).

propriedade dos seres vivos, *mecanicista, reducionista e alopática*, funcionando o corpo humano num sistema de opostos, no qual o equilíbrio tinha que prevalecer (Naidoo & Wills, 1994)³.

De forma sintética, e de acordo com Doyal e Doyal (1984)⁴, este modelo assumia que o corpo humano era constituído por várias partes que se encontravam interligadas, embora pudessem ser separadas e tratadas independentemente. Como tal, a saúde equivalia a ter todas as partes do corpo a funcionar bem, enquanto pelo contrário, a doença correspondia a ter partes do corpo a funcionarem mal. Admitia ainda que a doença era causada tanto por factores internos como externos ao indivíduo e ainda que o tratamento médico tinha como objectivo alcançar o normal funcionamento do corpo.

Perante estas características, é facilmente perceptível que este modelo era detentor de *“um cariz patogénico uma vez que a ênfase era dada ao agente etiológico da doença, ao tratamento e à prevenção da mesma”* (Carvalho, 2006:24).

Contrariando este modelo, Antonovsky (1987)⁵ defendia que a ênfase se encontrava na saúde, procurando e explorando meios para a atingir, apresentando desta forma, uma abordagem *“salutogénica”*. Defendia a ideia que os indivíduos deviam adquirir competências, criar recursos de forma a manterem-se saudáveis, combatendo agentes perturbadores e adaptando-se ao ambiente.

Desta forma, Antonovsky deu um primeiro passo rumo ao modelo social da saúde, ultrapassando o modelo biomédico.

Este *“novo”* modelo – *o modelo social* – aparece portanto, centrado na saúde e origina a sua promoção, possibilitando a cada indivíduo o poder sobre a sua própria saúde. Pretende, nesse sentido, alcançar mudanças de comportamento, visando igualmente a preocupação pela adopção de estilos de vida saudáveis.

De acordo com estas suas concepções, o modelo social pode ser encarado como um momento de viragem no âmbito da saúde, cuja evolução se tem feito sentir até tempos recentes.

Perante esta retrospecção no tempo, são totalmente perceptíveis as mudanças respeitantes à forma de encarar a saúde. Indo mais além, também o próprio *“conceito de saúde e outros conceitos que lhes estão associados, (...), têm vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos”* (Carvalho & Carvalho, 2008:195).

³ Referido em Carvalho (2006).

⁴ Idem.

⁵ Ibidem.

Com a evolução dos tempos, passa-se de um “*conceito muito restritivo para outro muito mais amplo, envolvendo todo um conjunto de factores até aí esquecidos ou subvalorizados*” (Costa, 1995:9).

Deparamo-nos portanto, com um conceito em que a saúde afirma ser: “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade*” (OMS, 1946:s/p).

“*A saúde surge, assim, como a resultante de um equilíbrio perfeito entre três factores – físico, mental e social – que se apresentam estritamente interdependentes*” (Costa 1995:5). A partir deste ponto, é perceptível que qualquer facto ou actividade que danifique este processo de equilíbrio terá, como consequência, uma perda daquilo a que, segundo a OMS, se considera como saúde.

Entenda-se, portanto, que a saúde, com a sua evolução, envolve muito mais do que aquilo que aparentemente parece evidenciar. Depende de múltiplas variantes ou factores que, de diversas formas, actuam positiva ou negativamente, no estado do indivíduo. É, portanto, condicionada por *determinantes*, dentro dos quais se destacam o *ambiente* envolvente, revestindo-se de extrema importância, o *estilo de vida*, manifestando igualmente uma ampla relevância, onde se englobam os hábitos, as opções, as atitudes, enfim, tudo o que contribui para a maneira de viver de cada um. Importa ainda mencionar, neste âmbito de determinantes, a *parte biológica* de cada indivíduo, envolvendo as suas características físicas/biológicas e genéticas e, ainda, as questões relativas aos *serviços de saúde*, evidenciando a sua qualidade, acessibilidade, gratuitidade, eficácia..., que, como é óbvio, também interferem amplamente na saúde directa dos indivíduos (Lalonde, 1974)⁶.

Torna-se assim, definitivo que a saúde e a doença, e o equilíbrio entre as duas condições, são determinados por elementos que se podem reforçar, coagir, mascarar ou inibir entre eles numa teia dinâmica de interacções (Dimitri & Harald, 2003).

2.2. Saúde Oral

A saúde oral aparece-nos como uma “*dimensão*” da saúde geral, havendo claramente uma inter-relação entre ambas (OMS, 2003), uma vez que a saúde oral exerce influência sobre a saúde geral do indivíduo, afectando-o física, psicológica e socialmente (Sheiham, 2005).

⁶ Referido em Carvalho & Carvalho (2006).

Como tal, “a saúde oral é parte integrante da saúde em geral e mantê-la é uma prioridade” (DGS, 2002:5). É indispensável para a qualidade de vida e bem-estar, interferindo directamente com o crescimento e desenvolvimento do indivíduo, com o seu aspecto ou aparência e com a possibilidade de expressar um mundo de sentimentos e emoções.

Deste modo, a saúde oral reveste-se de importância, revelando a essência do ser humano, ao permitir-lhe a capacidade de falar, sorrir, suspirar, beijar, saborear, mastigar, engolir, entre outros (Regra, 2005)⁷.

Se, de outra forma, o indivíduo, em detrimento de ser oralmente saudável, é portador de problemas de carácter oral pode sofrer de infecções variadas causadoras de desconforto, desfiguração, dor, sofrimento, que modificarão certamente padrões de alimentação e de sono, contribuindo para uma quebra no seu estado de saúde geral.

Atendendo a isto, é fácil deduzir que a saúde oral vai para além de ter a boca ou a cavidade bucal aparentemente saudável, sem cáries e com “bons” dentes. Implica igualmente que o indivíduo esteja livre de dor crónica orofacial e de neoplasia da boca, garganta ou faringe e sem apresentar lesões nos tecidos orais, malformações congénitas (fissura de lábio e palato, ...) e outras doenças ou distúrbios que afectem os tecidos orais, dentais e craniofaciais que, em conjunto, constituem o complexo craniofacial (OMS, 2003).

Perante esta grande relevância da saúde oral e indo de encontro às palavras do Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas⁸ – *Doutor Orlando Monteiro da Silva* – é imprescindível assumir uma Educação para a Saúde Oral em Portugal, pois apesar da sua importância para alcançar o equilíbrio do indivíduo, a saúde oral ainda é encarada como um pouco secundária em Portugal. Daí que seja fundamental uma consciencialização, uma sensibilização para que haja prevenção e, caso necessário, tratamento adequado.

É portanto de grande utilidade que a população tenha conhecimentos na área da medicina dentária, englobando aspectos de anatomia e fisiologia dentária que contribuirão certamente para a compreensão e adopção de comportamentos/práticas saudáveis.

⁷ Referido em Rodrigues (2008).

⁸ Referido no Fórum de Saúde Oral da rádio TSF de 7.10.2009, disponível em:
http://tsf.sapo.pt/PaginaInicial/Interior.aspx?content_id=1383299 (26.12.2009).

2.2.1. Anatomia e fisiologia dentária

A saúde oral encontra-se “enraizada” num órgão que desempenha inúmeras funções que nos capacitam enquanto seres humanos: a boca. Tal como se afirmou previamente, este órgão permite-nos um desenvolvimento aos mais diversos níveis: físico, psicológico e social.

A boca caracteriza-se por ser o órgão onde começa o sistema digestivo, sendo uma cavidade irregular envolvida pelos lábios e limitada, em cima, pelo palato, trivialmente conhecido pelo céu-da-boca, lateralmente, pelas bochechas e, em baixo, pelo pavimento da boca. No seu interior, (Figura 1)⁹ encontram-se a língua e os dentes, suportados pelas gengivas.

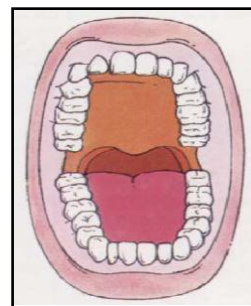


Figura 1 – Constituintes da boca
Adaptado de <http://www.forma-te.com>

Os dentes são estruturas duras e mineralizadas imprescindíveis no processo de mastigação, permitindo cortar, rasgar e triturar alimentos, possibilitando posteriormente que o indivíduo assimile elementos essenciais à vida. Acrescendo a esta função, os dentes são ainda indispensáveis para a aparência estética do indivíduo, conferindo expressão ao seu rosto e contribuindo para a sua auto-estima (MS, 2006a). Para além disto, são ainda responsáveis pela formação de sons e palavras.

Encarregues portanto, de variadas funções, os dentes apresentam as seguintes zonas principais: a raiz, o colo e a coroa. Esta última zona, a **coroa**, é, habitualmente reconhecida como a parte livre ou visível do dente, sendo a sua forma determinante para a função de cada dente. Como tal, a coroa apresenta-se: plana e como uma lâmina nos incisivos, adequados para cortar os alimentos; aguçada nos caninos, próprios para rasgar; e plana e larga nos pré-molares e molares para triturar, permitindo, no seu conjunto, que haja uma correcta mastigação (MS, 2006a).

A estabelecer ligação entre a coroa e a raiz do dente encontra-se o **colo**, aparecendo como uma região intermédia e, finalmente, a **raiz**, caracterizada por ser a zona que suporta o dente, fixando-o ao maxilar e permitindo a passagem dos vasos sanguíneos e nervos (MS, 2006a).

Entre estas três zonas, o dente apresenta os seguintes constituintes, observando-os da periferia para a profundidade (Figura 2)¹⁰:

⁹ Adaptada de <http://www.forma-te.com/mediateca/view-document-details/284-saude-oral-nas-criancas.html> (27.02.2010).

¹⁰ Adaptada de <http://www.soscorpo.com.br/anatomia/s-dig03.htm> (27.02.2010).

- o **esmalte**, caracterizado por ser branco, liso e brilhante, é o tecido vivo mineralizado mais duro do corpo humano, sendo responsável por revestir a coroa e proteger a dentina;
- o **cemento**, descrito como um tecido de cor branco-amarelada, reveste a dentina e permite a ligação entre o dente e osso;
- a **dentina**, sendo também, por sua vez, um tecido vivo mineralizado, que se constitui como o mais extenso;
- e por fim, a **polpa**, um tecido mole localizado no centro do dente, que compreende o nervo dentário e os vasos sanguíneos do dente (MS, 2006a).

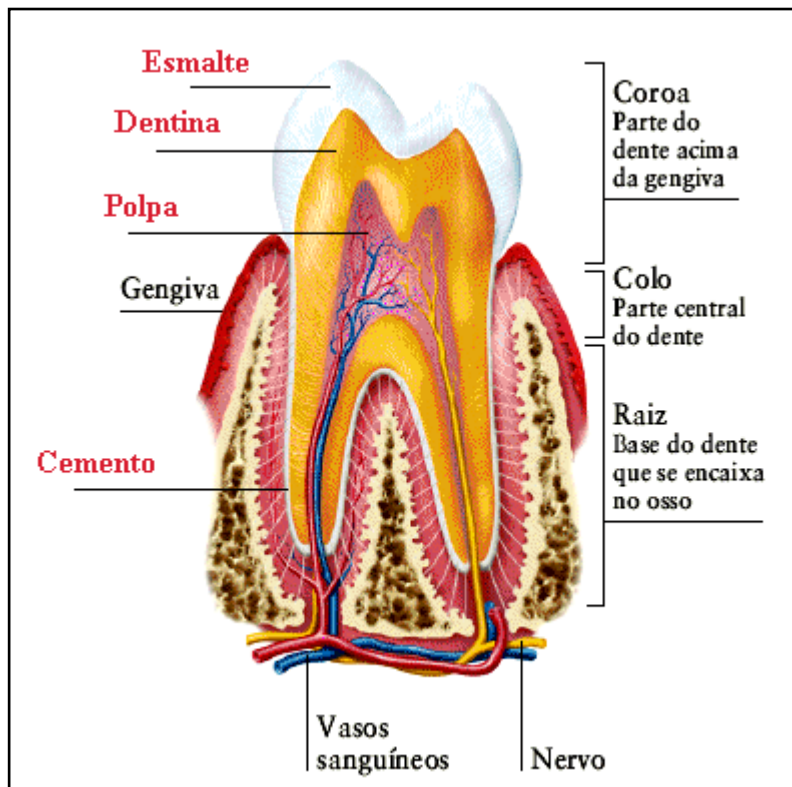


Figura 2 – Constituição de um dente
Adaptado de <http://www.soscorpo.com.br/anatomia/anato.htm>

2.2.2. As dentições no Homem

Ao longo da vida do Homem, ocorrem duas dentições. A primeira denominada dentição de leite, decídua ou temporária e a segunda designada por dentição definitiva ou permanente (MS, 2006a).

A dentição de leite inicia a sua erupção pelos seis meses, apesar da sua formação se verificar muito antecipadamente. Esta ocorre no período de gestação, começando a formação da boca e, mais tarde, dos seus constituintes, logo a partir da terceira semana de gravidez. É evidentemente notória portanto, a necessidade de adopção de um estilo de vida saudável durante a gravidez, sendo fundamental manter uma alimentação rica e equilibrada e descartar

hábitos prejudiciais para favorecer o bom desenvolvimento do feto, intervindo igualmente desta forma, para a formação de uma boca, gengiva e dentes saudáveis (Trigo, 2001).

Começando a nascer pelos seis meses do bebé, os dentes de leite terminam normalmente o seu crescimento entre os dois e os três anos de idade, tal como se pode constatar pela figura 3.

Estes valores são apenas indicadores de referência, o que significa que representam uma média e que cada criança, enquanto ser individual, terá os seus próprios valores.

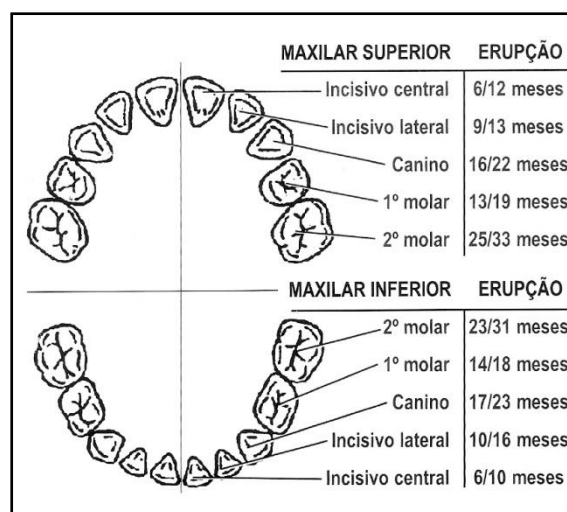


Figura 3 – Dentição decídua
Adaptada de Trigo (2001)

Esta dentição de leite apresenta-se completa com vinte dentes, dos quais oito são incisivos, quatro são caninos e oito são molares.

Apesar de temporários, estes dentes apresentam tanta importância para o correcto desenvolvimento do bebé como qualquer outro órgão, possibilitando para além de uma boa capacidade de mastigação, um estímulo para o correcto crescimento da face e organização do espaço para a dentição definitiva futura (MS, 2006b).

A partir dos cinco, seis anos, a dentição decídua começa a ser substituída e complementada pela definitiva. Esta, por sua vez, será constituída por trinta e dois dentes, dentro dos quais oito são incisivos, quatro caninos, oito pré-molares e doze molares e desenvolver-se-á durante alguns anos, uma vez que os últimos molares (vulgarmente apelidados de dentes do siso) só aparecerão normalmente a partir dos dezassete anos (Figura 4).

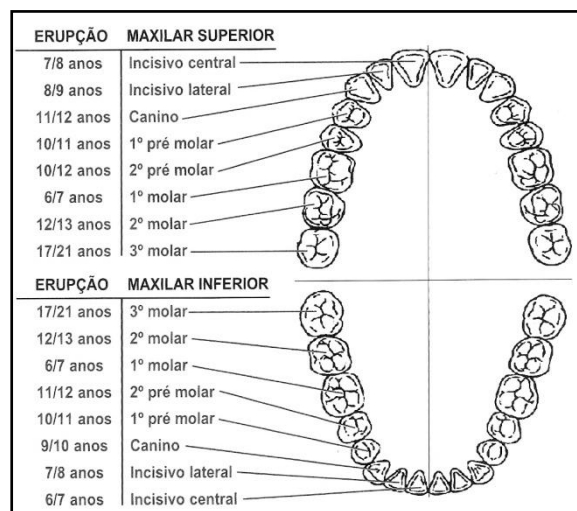


Figura 4 – Dentição definitiva
Adaptada de Trigo (2001)

2.2.3. As doenças orais

“As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde” (DGS, 2005:5), afectando a grande maioria da população.

Entre as principais doenças orais revelam-se, entre outras, a maloclusão dentária, os traumatismos dentários, a cárie dentária e a doença periodontal, evidenciando-se estas duas últimas, por atingirem mais predominantemente a população.

Assim, enquanto uma das doenças mais prevalentes da actualidade (Weinstein, 1998), a cárie dentária surge como uma doença multifactorial, surgindo de uma inter-relação de factores. A cárie, caracterizada como uma doença de evolução lenta, forma-se portanto, por uma interacção complexa entre as bactérias que produzem ácidos e a fermentação de hidratos de carbono, bem como outros factores, incluindo os dentes e a saliva (Selwitz *et al.*, 2007)¹¹.

Apesar de ser uma doença de progressão morosa, comporta três fases (Figura 5).

A primeira – **cárie de esmalte ou superficial** – caracteriza-se por um aparecimento de pequenas manchas escuras no esmalte, havendo uma ligeira alteração de dureza. Por norma, não provoca dor. A segunda etapa – **cárie profunda ou cárie de dentina** – tal como o nome afirma, a cárie evolui internamente, alcançando a dentina do dente e provocando sensibilidade ou dor perante o contacto com alguns factores externos (temperatura, acidez, saturação de sal ou açúcar). Por fim, a terceira fase – **cárie muito profunda com comprometimento da polpa** – é descrita como um ataque à polpa do dente, gerando dor espontânea e aguda, que pode igualmente ser potenciada com os estímulos externos (Trigo, 2001).

Durante as duas primeiras fases, o tratamento é rápido e, por norma, eficaz, enquanto na terceira e última, o tratamento envolve uma desvitalização ou mesmo a extracção do dente.

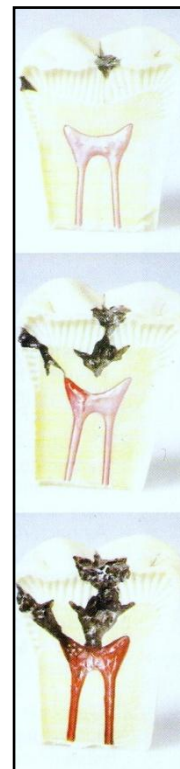


Figura 5 – Evolução de uma cárie
Adaptada de Trigo (2001)

¹¹ Referido em Rodrigues (2008).

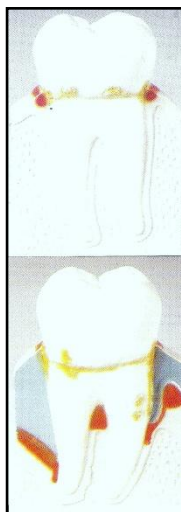


Figura 6 – Evolução de uma Gengivite para uma Periodontite
Adaptada de Trigo (2001)

Tal como a cárie dentária, a doença periodontal surge identicamente como uma doença oral predominante na população.

Apelidada vulgarmente como a *doença das gengivas*, aparece, num estágio inicial, como **gengivite**, uma inflamação do tecido gengival, caracterizada por inchaço, vermelhidão e hemorragia da gengiva. Sem tratamento, esta doença pode evoluir para uma **periodontite** (Figura 6), envolvendo os tecidos periodontais mais profundos, levando à retracção da gengiva, a perda do osso de suporte do dente e, conseqüentemente, a perda do dente (Trigo, 2001; MS, 2006c).

Ambas estas doenças – *cárie dentária e doença periodontal* – têm a sua principal causa na placa bacteriana. Esta apresenta-se como uma estrutura complexa constituída essencialmente por bactérias, que aderem à superfície dos dentes, contribuindo activamente para o desenvolvimento destas doenças orais (Trigo, 2001).

Perante este quadro de anatomia e fisiologia dentária, é notória a importância da saúde oral para o indivíduo, sob pena, caso haja presença de complicações, que a saúde geral se encontre igualmente comprometida.

2.3. Promoção da Saúde

Observando e reflectindo acerca da evolução do conceito de saúde e a forma como esta tem sido diferentemente encarada ao longo das épocas, com a crescente importância de todas as suas dimensões, possibilitando ao Homem uma vida plena, deparamo-nos inevitavelmente com o conceito de promoção da saúde, que parece nos dias de hoje, cada vez mais imprescindível.

Assim, com o evoluir dos tempos, a saúde passa de uma finalidade em si própria para “um recurso ao alcance de todos e subentende o envolvimento de cada um na criação de um projecto de vida tão equilibrado e harmonioso quanto possível” (Faria, 2002:15). Encontra-se aqui, subjacente o conceito de promoção da saúde, que remonta ao ano de 1978, na Conferência de Alma-Ata. Expôs-se a saúde como um direito humano fundamental, impondo-se a indispensabilidade de a promover a todos os povos do mundo.

Este conceito evoluiu, destacando-se posteriormente a Conferência de Ottawa, em 1986, como sendo a grande impulsionadora da promoção da saúde, resultando da mesma um documento determinante – a *Carta de Ottawa*. Nela clarifica-se a noção de promoção da saúde, definindo-se como o “*processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar*” (OMS, 1986:1).

Para tal, a Carta propõe uma intervenção que passa por cinco estratégias: “*construir políticas saudáveis*”; “*criar ambientes favoráveis*”; “*reforçar a acção comunitária*”; “*desenvolver competências pessoais*” e “*reorientar serviços de saúde*”. Pretende-se que o indivíduo ou o grupo estejam “*aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio*” (OMS, 1986:1).

Na sequência deste importante momento, destacaram-se outras conferências – Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e mais tarde, Bangkok (2005) – que vieram, entre recomendações e cartas, apoiar e complementar a Carta de Ottawa, partilhando e desenvolvendo valores, princípios e estratégias da acção da promoção da saúde.

Como tal, sucintamente aspira-se que o indivíduo e a população se capacitem, ganhando controlo sobre as decisões/acções que afectam a sua saúde, “*empowerment*”, (Delp, Brown & Domenzain, 2005; Shearer & Reed, 2004)¹² permitindo que vivam de acordo com as suas características biológicas, se adaptem e integrem convenientemente no seu meio ambiente e optem por escolhas conscientes, possibilitando a adopção de estilos de vida saudáveis.

É portanto, claramente perceptível que a promoção da saúde requer a participação do indivíduo/comunidade na definição dos problemas, na tomada de decisões e nas medidas necessárias para modificar e melhorar os determinantes da saúde (Carvalho, 2002)¹³.

2.4. Promoção da Saúde Oral

Atendendo a estes pressupostos que se pretendem atingir no âmbito da promoção da saúde, é perfeitamente entendível a sua aplicação a outras dimensões da saúde, face à importância das mesmas para a saúde geral.

Transpondo este conceito de promoção da saúde para a área da saúde oral, pretende-se analogamente que os indivíduos tenham acesso a informação, apreendam conhecimentos que

¹² Referido em Dias (2006).

¹³ Referido em Faria (2002).

permitam uma mudança de práticas comportamentais, adoptando as mais saudáveis para alargar o seu potencial de saúde.

No entanto, nesta área, a mudança comportamental é, por vezes, difícil, pois para além de necessitar da aquisição de conhecimento científico, depende igualmente da alteração de comportamentos baseados em factores sociais, culturais, familiares, entre outros (DGS, 2005).

Como tal, sendo a dificuldade bem patente, é necessária a intervenção a diversos níveis que se interligam com factores que influenciam a saúde oral. Destaca-se a dieta ou alimentação de cada um, responsável por doenças orais, nomeadamente a cárie dentária. Defende-se obviamente, uma dieta correcta e equilibrada, passando pela selecção de alimentos naturais, fruta, legumes, cereais e alimentos fibrosos (DGS, 2002) que estimulem a mastigação, em detrimento de outros, altamente causadores de cárie, como os alimentos sólidos e aderentes ricos em açúcar. Estes últimos ao serem consumidos em excesso e, em especial, entre refeições, aumentam a probabilidade de doenças orais, potenciando o seu efeito cariogénico (DGS, 2002).

Surgindo para além da alimentação, com óbvia relevância, é imprescindível manter uma higiene oral constante e eficiente, que passa por uma correcta escovagem dos dentes com uma escova e um dentífrico adequado e com recurso ao fio ou fita dentária. Poderá ainda auxiliar-se o uso de um elixir, por indicação de profissionais de saúde.

Assim para que haja uma correcta escovagem, é necessário atender primeiramente à escolha da escova apropriada. Esta deve ter um tamanho adequado à boca do indivíduo utilizador, com uma dureza suave ou média e filamentos de nylon com as extremidades arredondadas (DGS, 2005). Também a escolha do dentífrico é importante, devendo optar-se por um que contenha flúor, numa dosagem de cerca de 1000-1500ppm, uma vez que este componente facilita a remoção de placa bacteriana e, ao mesmo tempo, promove a remineralização dos dentes (DGS, s/d).

Após uma adopção cuidadosa da escova e do dentífrico, é indispensável atender ao próprio processo da escovagem. Como tal, a Direcção-Geral de Saúde (s/d) aconselha as seguintes etapas:

1. Colocar o dentífrico na escova de dentes;
2. Inclinare escova em direcção à gengiva e escovar com pequenos movimentos horizontais ou circulares, sem fazer muita pressão;
3. Escovar dois dentes de cada vez, com aproximadamente dez movimentos;
4. Escovar de acordo com uma sequência, começar a escovar pela superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto;

5. Com a mesma sequência, escovar as superfícies dos dentes do lado da língua;
6. Proceder do mesmo modo para escovar os dentes do outro maxilar;
7. Escovar as superfícies de mastigação dos dentes com movimentos de vaivém;
8. Por fim, escovar a língua, cuspir o excesso de dentífrico, sem bochechar com água.

Como complemento da escovagem, é recomendado igualmente o recurso ao fio ou fita dentária para atingir áreas interdentárias. O seu uso requer alguma destreza e paciência para adoptar o procedimento correcto (DGS, 2002):

1. Usar cerca de 40 cm de fio, enrolando a quase totalidade do fio no dedo médio e uma pequena porção no dedo médio da outra mão, deixando entre os dois dedos uma porção de 2 a 3 cm de fio. Os polegares e os indicadores ajudam a manuseá-lo;
2. Introduzir o fio entre dois dentes e curvá-lo à volta de cada um deles, fazendo movimentos curvos, horizontais até chegar ao sulco gengival;
3. Repetir este procedimento até que todos os espaços interdentários estejam devidamente limpos.

Para além destes procedimentos, que contribuirão certamente para que os indivíduos sejam promotores da sua própria saúde oral, estes deverão ter o cuidado de consultar um médico dentista ou higienista oral periodicamente, uma vez que *“as visitas regulares a profissionais de saúde oral, (...), são da maior importância, numa perspectiva de intervenção global, detecção precoce e tratamento adequado das doenças orais”* (DGS, 2002:16).

Todos estes aspectos ou factores influenciam a saúde oral de cada um e, como tal, está dependente de cada indivíduo uma predisposição para se informar, conhecer e melhorar os seus comportamentos, evoluindo para um estilo de vida o mais saudável possível.

2.5. A Educação e a Saúde

À primeira vista, a educação e a saúde são campos distintos, ambos de extrema relevância para o ser humano. No entanto, com uma mais atenta aproximação de cada conceito compreende-se a inter-relação entre os dois, questionando-nos até, por vezes, se nos encontramos no mundo da saúde ou no mundo da educação (Oliveira & Fonte, 2008).

Sabendo que o processo da própria educação implica, ao longo da vida, um processo com o objectivo de ser mais verdadeiro, justo e feliz, este interliga-se automaticamente com a procura de bem-estar de todo o ser humano, conduzindo-nos directamente à ideia de saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

A educação, envolvendo o desenvolvimento das capacidades do Homem (Carvalho & Carvalho, 2006), é assim encarada como uma das melhores formas para elevar a qualidade de vida e o nível de saúde dos indivíduos (González, 1998)¹⁴.

Ao reunirem-se os dois termos numa mesma expressão – *Educação para a Saúde* – estamos portanto, perante um processo com variadas estratégias que possibilitam que os indivíduos e a comunidade adoptem ou modifiquem comportamentos que permitam um melhor nível de saúde (Carvalho & Carvalho, 2006). Alcançamos desta forma, uma definição que se corporiza nas palavras de Tones e Tilford (1994:11)¹⁵:

“Educação para a Saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamento e de estilos de vida”.

Pretende-se, desta forma, com a Educação para a Saúde a escolha de modos de vida adequados e saudáveis, atendendo a que *“grande parte dos problemas de saúde causadores de morte e morbilidade estão relacionados com o estilo de vida, no qual se incluem os comportamentos de saúde”* (Precioso, 2004:18).

É, no entanto, óbvio que alterar os comportamentos e atingir um modo de vida adequado interfere com muitos aspectos da vida do ser humano, face à complexidade do seu comportamento. Tal direcciona-nos para a *“necessidade de actuar globalmente em todas as esferas, sistemas e sub-sistemas da vida humana para se obterem mudanças de comportamento efectivas, sustentáveis e duradouras”* (Precioso, 2004:19). Perante esta realidade, terão de existir actuações ou intervenções em vários contextos (Carvalho & Carvalho, 2006).

Dever-se-á assumidamente começar a um nível familiar, estrategicamente pelas crianças de hoje que serão os adultos de amanhã, “aplicando” a Educação para a Saúde neste contexto.

Sendo a criança um ser em permanente desenvolvimento, é importante que, desde logo, cresça e se desenvolva rumo a um modo de vida que lhe permita futuramente viver com qualidade. Para que tal seja passível de acontecer, a responsabilidade recai inevitavelmente nos primeiros educadores da criança - os pais, pois estes são os elementos que contribuem em maior escala para a formação da identidade da criança num previsível ambiente de afecto, segurança e estabilidade, transmitindo-lhe conhecimentos, valores e práticas. Aplicando-se esta transmissão às mais diversas *áreas* da vida da criança, Stanhope (1999) direcciona-a

¹⁴ Referido em Carvalho & Carvalho (2006).

¹⁵ Referido em Carvalho & Carvalho (2008:196).

também para a saúde, defendendo que a família, como uma unidade, desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde-doença dos seus membros.

Assim, é fundamental que os pais/família tenham a preocupação de desenvolver um bom sistema de conhecimentos, valores e práticas que se irão reflectir no desenvolvimento das crianças. Tal, numa primeira instância, implica seguramente os cuidados básicos de saúde. Estes, por sua vez, reflectem-se inevitavelmente nos processos de higiene.

A higiene, entendida como um conjunto de meios para atingir o equilíbrio na saúde (Costa, 1995), reveste-se de importância apresentando um enorme âmbito, envolvendo, desde sempre, tudo o que interfere com a preservação de saúde (Parreira, 1941).

Realça-se a importância de uma limpeza e um cuidado corporal equilibrado, atendendo a que o indivíduo é um ser vivo e, como tal, está constantemente a efectuar trocas com o meio, precisando, portanto, de determinadas “atenções”, para manter o corpo limpo e arranjado, contribuindo para um bem-estar. Este deverá derivar da resposta a vários níveis de higiene – corporal, buco-dentária, vestuário, posturas e actividades.

A um nível corporal recomenda-se o uso quotidiano do duche para alcançar a limpeza de toda a pele, órgão externo que funciona como uma barreira natural. Desaconselha-se a água muito quente, privilegiando-se até a alternância entre a água quente e fria, permitindo um efeito estimulante geral do organismo (Pontanel & Giudicelli, 1995).

O rosto deve igualmente ser lavado diariamente, juntamente com os olhos e ouvidos, com o recurso aos produtos adequados. Por sua vez, as mãos devem ser lavadas diversas vezes ao dia com uma secagem cuidadosa (Pontanel & Giudicelli, 1995). Este é um hábito a criar nas crianças, obrigatoriamente antes e depois das refeições, antes e depois do uso da casa de banho e em qualquer outra circunstância em que as mãos estejam sujas. Também os pés devem ser cuidados com lavagem diária, adoptando como calçado sapatos de material e tamanho adequado.

Referindo ainda alguns aspectos importantes, o cabelo deve ser lavado com regularidade, atendendo às suas características de modo a remover eficazmente a sujidade e óleos. Há que prestar atenção a um correcto enxaguamento. Em relação às unhas, outro item particular da higiene, estas devem ser cortadas periodicamente e devem ser limpas sempre que apresentem sujidade.

No âmbito da higiene buco-dentária, os pontos fulcrais encontram-se referenciados previamente, podendo evidenciar-se uma alimentação saudável, uma higiene oral eficiente e consultas regulares ao dentista.

Em relação ao vestuário, este manifesta elevada importância para o Homem atendendo a que detém uma função de protecção, procurando manter a temperatura corporal do ser

humano. Para tal, o vestuário deve encontrar-se apropriado ao clima e ao corpo de cada indivíduo, permitindo a circulação e a respiração do próprio organismo (Pontanel & Giudicelli, 1995).

Todos estes aspectos da higiene se revestem de particular importância para a saúde, havendo estrita necessidade de os pais os abordarem e adoptarem como seus. Possibilitar-se-á desta forma, que as crianças contactem com práticas comportamentais comuns do dia-a-dia, que se transformarão com facilidade em hábitos que poderão prevalecer para toda a vida.

Assim, acompanhadas pelos pais e família, crescendo, desenvolvendo-se e adaptando-se ao seu mundo familiar, adquirindo conhecimentos, valores e práticas próprias, as crianças, umas mais cedo e outras mais tarde, deparam-se inevitavelmente com um momento de especial e enorme importância: o ingresso no meio escolar ou pré-escolar. Habitadas a um ambiente mais familiar, as crianças vêm-se perante um todo novo ambiente rodeadas de elementos diferentes. Perante este novo mundo, é importante que as crianças tenham um clima de apoio interpessoal que lhes permita alcançar um bem-estar, caminhando para uma aprendizagem activa (Hohmann & Weikart, 2003).

Esta aprendizagem dará os seus frutos ao longo da vida, daí que seja fundamental a frequência e permanência no meio escolar e mesmo pré-escolar. Permitirá alcançar novos conhecimentos, valores e práticas comportamentais contribuidoras para um desenvolvimento harmonioso e uma vida plena saudável.

Escolas, jardins-de-infância, infantários, centros sociais, instituições públicas de solidariedade social encontram-se repletas de uma pluralidade de crianças provenientes de famílias de diferentes níveis sociais, o que invoca a indispensabilidade de destacar, num contexto real, a área da Educação para a Saúde. Tal imprescindibilidade surge uma vez que nem todos os pais/encarregados de educação possibilitam as melhores ou mais eficazes condições de saúde aos seus educandos, pelo que a educação escolar/pré-escolar deve, desde logo, ser complementar da acção educativa da família.

A escola surge assim, de acordo com Precioso (2004:17), como “*um dos locais privilegiados para fazer Educação para a Saúde*”. Este autor justifica a sua afirmação por diversos motivos que explicam claramente esta ideia: em primeiro lugar, o facto de todas as crianças, mais tarde ou mais cedo, frequentarem o sistema de ensino possibilita que a Educação para a Saúde atinja um elevado número de crianças (Sanmarti, 1988; Pardal, 1990; Nebot, 1999)¹⁶; em segundo lugar, porque vários estudos comprovam que as raízes do

¹⁶ Referido em Precioso (2004).

comportamento humano se situam na infância e adolescência (Sanmarti, 1988; Lima, 1995)¹⁷, altura em que as crianças e jovens estão mais receptivos a adquirirem conhecimentos e hábitos saudáveis; em terceiro e último lugar, a Educação para a Saúde nas Escolas aparece facilitada pela participação de profissionais preparados para educar (Nebot, 1999)¹⁸.

Como tal, a escola é verdadeiramente consagrada como *“uma das plataformas para a promoção da saúde, da qualidade de vida e da prevenção da doença em crianças e adolescentes”* (Declaração de Liverpool, 2005)¹⁹. Falamos desta forma, de Escolas Promotoras da Saúde que assentam, segundo Oliveira e Fonte (2008:586), *“no princípio de que a promoção se dirige ao desenvolvimento permanente das pessoas, que saberão confrontar-se consigo e com o meio, conseguindo construir um projecto de vida”*.

Tudo isto vai igualmente ao encontro da aplicabilidade que se aspira atingir desta temática no âmbito da primeira infância, envolvendo toda a educação pré-escolar.

De acordo com a Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar (1997)²⁰, o meio pré-escolar é a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida, onde se procura favorecer a formação e o desenvolvimento equilibrado da criança.

Para tal, é essencial que o jardim-de-infância privilegie a Educação para a Saúde, contribuindo desde cedo *“para que as crianças entendam a importância de estar e manter-se saudável”* (Wiley & Hendricks, 1998; Geiger, 1999; Sigampa *et al.*, 2005; Bagby & Adams, 2007; Domitrovich *et al.*, 2007)²¹.

Neste contexto, pretende-se igualmente *“proporcionar à criança ocasiões de bem-estar e de segurança, nomeadamente no âmbito da saúde individual e colectiva”* (Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar, 1997)²². Para o conseguir, *“na Educação de Infância, (...) são valorizadas e incentivadas as actividades e/ou projectos que promovem a saúde”* (Gil & Diniz, 2008:2). Estas actividades são, por norma, detentoras de um carácter lúdico e criativo que possibilitam a aquisição de um conjunto de aprendizagens para que as crianças iniciem padrões de comportamento que estabeleçam as bases/hábitos ideais para escolhas mais saudáveis, capacidade de auto-estima e sentido crítico para um desenvolvimento futuro saudável e uma vida com qualidade (Gil & Diniz, 2009).

¹⁷ Referidos em Precioso (2004).

¹⁸ Idem.

¹⁹ Referido em DGS (2006:1).

²⁰ Referido em ME (1997).

²¹ Referidos em Gil & Diniz (2009:429).

²² Referido em ME (1997).

É fundamental inserir neste ponto, a higiene, visto esta ser essencial para a saúde individual e colectiva das crianças em qualquer contexto de vida.

Contextualizando, o dia-a-dia da realidade pré-escolar compreende inevitavelmente uma rotina, alternando momentos de actividade com momentos de transição, que ajuda a criança a sentir-se segura e integrada (Hohmann & Weikart, 2003). A rotina privilegia as actividades de carácter flexível mas também inúmeros momentos que se relacionam com a saúde e higiene das crianças. Consegue-se desta forma, que a criança tenha oportunidade de cuidar da sua higiene e saúde (DGS, 2005), criando hábitos/bases diárias que assimiladas desde cedo serão mais facilmente preservadas durante a vida.

No seguimento desta ideia, é óbvio que um hábito a criar será a preservação de uma boa higiene oral, na medida em que esta se apresenta como um ponto de referência no combate às doenças orais que aparecem como um dos principais problemas de saúde, afectando, em grande escala, a faixa infantil (DGS, 2005).

Como tal, e para responder às metas para a saúde oral apontadas para 2020 pela Organização Mundial de Saúde, torna-se importante *“um reforço das acções de promoção de saúde e prevenção das doenças orais e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação”* (DGS, 2005:5).

Pretende-se, tal como aparece explicitamente no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (DGS, 2005), um trabalho de equipa conciliando os profissionais de saúde com os de educação, aliando ainda os pais das crianças numa parceria necessária.

Favorece-se amplamente a higiene oral para as crianças, destacando-se as indicações para os jardins-de-infância: *“integrar a educação para a saúde e a higiene no Projecto Educativo e efectuar uma escovagem de dentes no Jardim-de-Infância”* (DGS, 2005:12).

Os educadores de infância deverão, neste âmbito, adoptar a aplicação de programas para sensibilização e aquisição/melhoria de conhecimentos, valores e atitudes/práticas das crianças. Deverão igualmente privilegiar a interacção com os pais ou encarregados de educação, percebendo as suas formas de reacção para agir em conformidade com as suas necessidades.

Tal apenas será possível se os educadores/professores estiverem sensibilizados e englobados no processo de promoção de saúde oral, o que requererá um trabalho dos próprios profissionais de saúde que demonstre as potencialidades da aplicação destes programas para as crianças e para a população portuguesa futura. Poder-se-á desta forma, conseguir o apoio dos docentes que se constitui como um elemento-chave em todo o processo, permitindo igualmente a criação de uma ponte entre os pais/encarregados de educação e os técnicos de saúde.

No entanto, este apoio que se aspira dos profissionais de educação nem sempre se verifica, uma vez que lhes implica mais trabalho e disponibilização de tempo. Origina-se portanto, alguma resistência por parte dos docentes, que, frequentemente, colocam obstáculos variados para impedir esta abordagem à higiene oral. Entre outros, é possível nomear alguns como a ausência de locais apropriados para a escovagem ou para o armazenamento dos materiais, o risco da transmissão de doenças com o possível contacto ou troca de escovas de dentes entre as crianças, possíveis dificuldades em promover a correcta escovagem de todos, possibilidade de discriminação entre as crianças devido ao material da escovagem (DGS, 2005).

Como consequência, geram-se conflitos e polémicas em torno da higiene oral nos jardins-de-infância.

2.6. Problema, Objectivos Geral e Específicos da Investigação

De acordo com a Direcção Geral de Saúde, *“as doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil”* (DGS, 2005:5).

No sentido de atender a este problema, existe em Portugal, já desde 1986, um Programa de Saúde Oral, que sofreu, ao longo dos anos, algumas redefinições, passando a designar-se Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral em 2005. Este constitui o referencial da intervenção em saúde oral, definindo uma estratégia global assente na promoção da saúde, na prevenção de doenças orais, no diagnóstico precoce e no tratamento dentário (DGS, 2006). Este último tem progredido com o recurso aos cheques dentistas (DGS, 2009).

Vemo-nos assim confrontados com a necessidade da promoção da saúde, indispensável num contexto familiar, mas também num contexto escolar, uma vez que os pais, encarregados de educação ou outros familiares nem sempre adoptam as medidas necessárias para as melhores condições de saúde aos seus educandos. Destaca-se assim, novamente, o papel dos jardins-de-infância e escolas na promoção da saúde. Centramo-nos na área da saúde e higiene oral, uma vez que é uma temática que gera muita controvérsia no ambiente escolar.

Neste sentido, esta investigação apresenta como objectivo geral explorar os benefícios e/ou riscos da abordagem da área da saúde e higiene oral nos jardins-de-infância.

Como objectivos específicos definiram-se:

- Aferir os conhecimentos, valores e atitudes das crianças acerca da higiene oral;

- Aferir a opinião de pais/encarregados de educação, médicos dentistas e educadoras sobre a importância da higiene oral com crianças em idade pré-escolar e sobre a sua abordagem nos jardins-de-infância;
- Aplicar um programa de intervenção pedagógico, estruturado em sessões, direccionadas para a higiene oral, no sentido de promover/melhorar conhecimentos, valores e atitudes nesta área com crianças em idade pré-escolar;
- Avaliar os resultados da intervenção pedagógica, através da comparação das respostas obtidas no Pré-Teste e no Pós-Teste e das observações registadas no decurso das sessões.

Com todos estes objectivos pretende-se, portanto, dar resposta à questão de investigação:

“Higiene Oral nos Jardins-de-Infância: um benefício ou um risco?”

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Atendendo a que o termo investigação deriva da palavra latina “investigatio” (in + vestigium) em que “in” significa acção de entrar e “vestigium” corresponde a vestígio ou marca, investigar significa, etimologicamente, entrar nos vestígios, procurar nos sinais o conhecimento daquilo que os gerou. Assim, “*é a acção de procurar aquilo que não se conhece*” (Sousa, 2005:12) e surge do interesse ou necessidade de dar resposta a um problema/questão, pretendendo ir para além do conhecimento do momento. Desta forma, interessa ultrapassar fronteiras,

“avançando em áreas ainda pouco conhecidas, desbravando novos conhecimentos, procurando trazer à luz conhecimentos úteis a toda a humanidade, a uma nação, a uma ciência ou apenas a um grupo específico de sujeitos” (Sousa, 2005:12).

Para conseguir tal avanço, progredindo no desenvolvimento da investigação, torna-se imprescindível abordar a sua metodologia.

3.1. Uma Investigação-Acção

Debruçar-nos-emos sobre a investigação-acção, adoptando-a, uma vez que é a que mais se adequa à situação contextual deste estudo, possibilitando dar uma resposta aos objectivos que se propõe alcançar.

Adequa-se aos propósitos desta investigação, uma vez que pode ser definida “*como o estudo de uma situação social no sentido de melhorar a qualidade da acção que nela decorre*” (Elliott, 1991:69)²³, sendo o que se ambiciona no contexto de ambiente educativo.

A investigação-acção apresenta-se como uma pequena intervenção no funcionamento do mundo (Halsey, 1972)²⁴, permitindo assim

“o desenvolvimento de acções de conhecimento-intervenção nos sistemas sociais, com o objectivo de provocar mudanças durante as tentativas de encontrar respostas para os problemas dos grupos e da comunidade” (Oliveira et al., 2004:29).

Atendendo a estas concepções, são facilmente perceptíveis os conceitos-chave da investigação-acção defendidos por Costa e Paixão (2004): inovação, mudança (acção) e colaboração entre investigadores e investigados.

²³ Referido em Máximo-Esteves (2008).

²⁴ Idem.

Sucintamente, há a pretensão de analisar a realidade, compreendê-la e intervir de forma reflexiva e activa, prezando a colaboração entre todas as partes envolvidas, para atingir a finalidade de mudar, inovando.

Ainda nas linhas de orientação de Costa e Paixão (2004), a investigação-acção utiliza uma gama variada de técnicas de investigação, embora mais frequentemente se debruce sobre metodologias e técnicas aliadas ao estudo de casos, tal como acontecerá neste estudo.

3.2. Um Estudo de Caso

O estudo de caso apresenta-se como uma abordagem metodológica de investigação, dominando a área das Ciências Sociais (Carmo & Ferreira, 2008). É adequado quando há a pretensão de incidir num contexto próprio, estudando “*a totalidade, a particularidade, a realidade, a participação, a negociação, a confidencialidade e a acessibilidade*” de uma situação específica (Pacheco, 1995:75).

Possibilita assim, conhecer em profundidade, para alcançar o seu objectivo geral (Gomez *et al.*, 1996:99): “*explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar*” a situação para a compreender e proporcionar um maior conhecimento sobre a mesma.

Indo de encontro às directrizes da investigação-acção, o estudo de caso reveste-se de importância na medida em que se pretende conhecer e avaliar a situação para posteriormente a transformar com inovação.

Perante tudo isto e procurando uma metodologia que se adaptasse a um contexto único e a uma determinada situação, o estudo de caso parece ser o recurso que melhor se ajusta a este projecto investigativo. Este centra-se numa entidade específica – jardim-de-infância – num determinado local – sala de actividades – com um grupo particular – crianças em idade pré-escolar de salas específicas.

3.3. Descrição do Estudo

Este estudo surge da real e efectiva indispensabilidade da abordagem da educação para a saúde no pré-escolar, particularmente no âmbito da higiene, destacando a oral.

Tal encontra-se previsto nas Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (ME, 1997), pretendendo contemplar a acção educativa da família nesta área. Ao mesmo tempo, também o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral reflecte a imprescindibilidade desta abordagem, sublinhando que as doenças orais têm forte incidência/prevalência nas crianças (DGS, 2005).

Face a tudo isto, torna-se evidente a importância de intervir pedagogicamente com as crianças no contexto do pré-escolar, pretendendo-se que estas atinjam um nível de desenvolvimento pessoal e social, que abrange obviamente a sua saúde e o seu bem-estar.

Este estudo pretendeu, portanto, avançar com uma investigação-acção, na qual se procurou, após aferir conhecimentos, valores e atitudes das crianças na área da higiene oral, aplicar um programa de intervenção pedagógica, estruturado em sessões direccionadas para esta mesma temática no âmbito do pré-escolar.

Atendendo a estas sessões e respectivos resultados, avaliam-se posteriormente os “novos” conhecimentos, valores e atitudes, permitindo desta forma, explorar benefícios e/ou riscos desta abordagem sobre a higiene oral nos jardins-de-infância.

Pretendendo tornar a investigação mais válida, para além desta informação relativa às crianças, considerou-se útil atender também às opiniões de pais, educadores das mesmas crianças e médicos dentistas sobre este tema e sobre a possibilidade de o incluir no contexto do pré-escolar.

3.4. Amostra para a Investigação

Perante as características desta investigação, optou-se por uma amostra de conveniência, uma vez que esta foi seleccionada intencionalmente. É uma amostra não-probabilística, seleccionada *“de acordo com um ou mais critérios julgados importantes pelo investigador tendo em conta os objectivos do trabalho de investigação que está a realizar”* (Carmo & Ferreira, 2008:210).

Como tal, para definir a amostra para este estudo, atendemos a alguns princípios:

- i. Esta investigação envolve crianças em idade pré-escolar, que frequentam o jardim-de-infância;
- ii. O jardim-de-infância rege-se pelas Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar, contemplando todas as suas áreas de conteúdo. No entanto, tem a particularidade de ser um jardim-de-infância, onde a sensibilização para a higiene oral para as crianças é nula ou reduzida;
- iii. O jardim-de-infância respeita alguns critérios, que segundo Spradley (1980), abrangem a simplicidade, a acessibilidade, a não-intrusão do investigador, a permissividade e a participação livre, de modo a ser facilitador do decurso da investigação.
- iv. O grupo de crianças tem elementos em número adequado, para que seja possível a existência de uma certa reincidência de resultados.

Participaram assim, neste estudo, 42 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos como consta na tabela 1. Analisando a tabela, destaca-se uma maioria de crianças com idade de 5 anos (38,1%), seguindo-se as crianças com 4 anos (33,3%) e as de 3 (26,2%). Por fim, apenas uma criança tinha 6 anos.

Tabela 1 – Relação Idade/N.º de Crianças

IDADE	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
3 anos	11	26,2
4 anos	14	33,3
5 anos	16	38,1
6 anos	1	2,4
TOTAL	42	100

Das 42 crianças da amostra, 24 pertencem ao sexo feminino (57,1%), sendo as restantes 18 do sexo masculino (42,9%) como se apresenta na tabela 2:

Tabela 2 – Relação Sexo/N.º de Crianças

SEXO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
FEMININO	24	57,1
MASCULINO	18	42,9
TOTAL	42	100

Cruzando estes dados, relativos à idade e ao sexo, verificamos uma distribuição equitativa de rapazes e raparigas de 5 anos e um predomínio do sexo feminino no grupo dos 4 anos (tabela 3):

Tabela 3 – Relação Sexo/Idade das Crianças

IDADE	SEXO		TOTAL Percentagem
	MASCULINO Percentagem	FEMININO Percentagem	
3 anos	(14,3%)	(11,9%)	(26,2%)
4 anos	(7,1 %)	(26,2%)	(33,3%)
5 anos	(19,05%)	(19,05%)	(38,1%)
6 anos	(2,4%)	(0%)	(2,4%)
TOTAL	(42,9%)	(57,1%)	(100%)

Em concordância com esta tabela elaborámos o seguinte gráfico presente na figura 7:

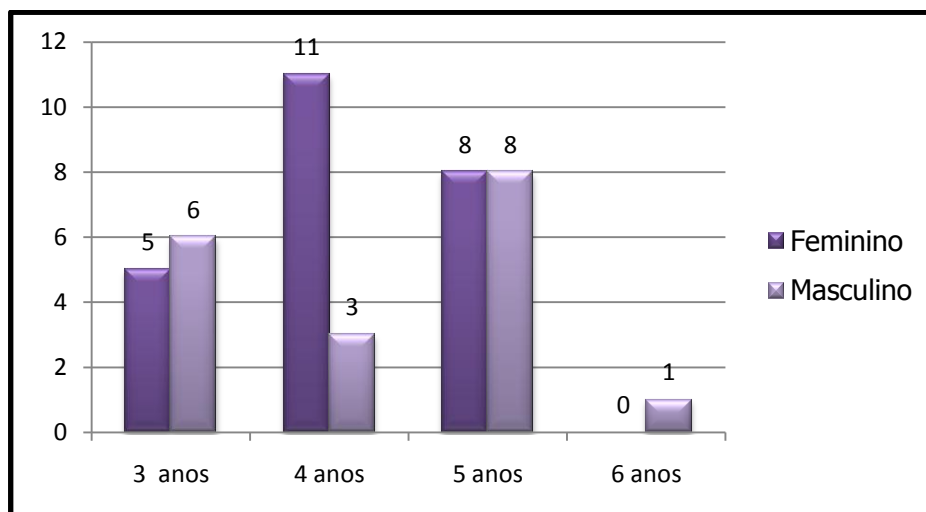


Figura 7 – Relação Sexo/Idade das Crianças

Para além de atender a estes dados informativos das crianças, para proceder ao estudo dos seus conhecimentos, valores e atitudes, importa ter em consideração o meio em que estas se encontram inseridas. Há a privilegiar portanto, para além do meio pré-escolar, onde se centra esta investigação, também o meio familiar.

Olhando atentamente para o gráfico da figura 8, é facilmente perceptível que a maioria das crianças vive no seio de uma família nuclear, composta pelos pais ou pelos pais e irmãos, totalizando estes dois grupos um valor de 28 crianças (66,7%). Duas crianças apresentam uma família monoparental (4,8%) e as restantes 12, (28,6%) uma família mais alargada.

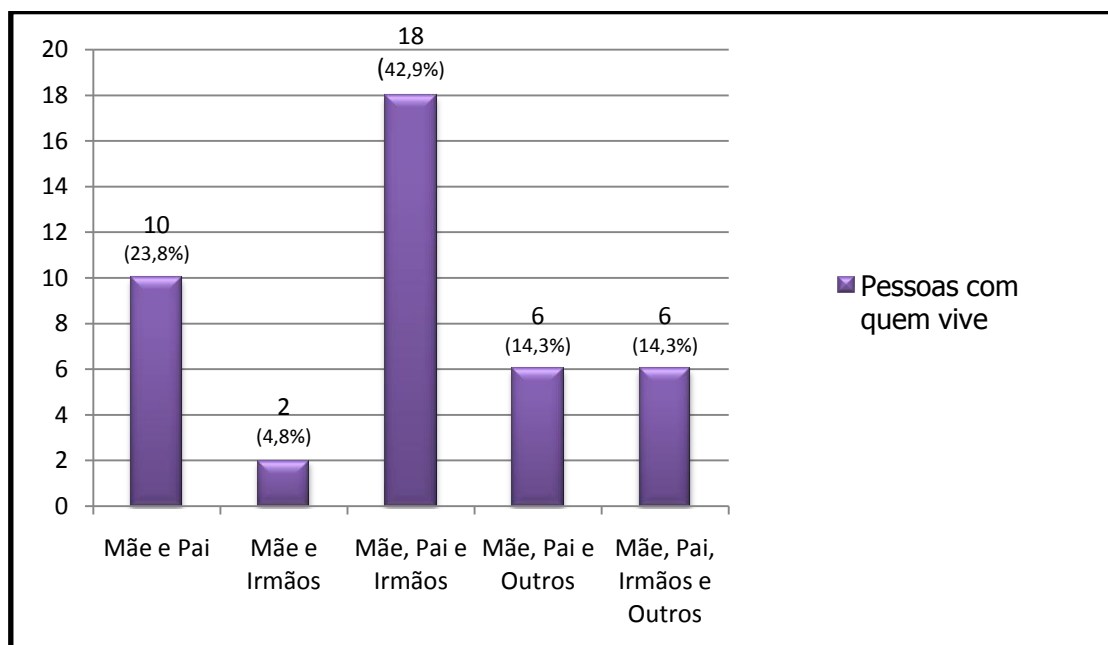


Figura 8 – Relação Elementos da família/ N.º de Crianças

3.5. Instrumentos de Recolha de Dados

3.5.1. Questionários

Os questionários são uma técnica de investigação composta por questões apresentadas por escrito, tendo como principal objectivo uma avaliação sumária de concepções, valores e atitudes das pessoas a quem se aplicam (Sousa, 2005).

Neste estudo, os questionários são mistos, englobando questões fechadas e questões abertas. São questões de identificação, preparação e informação, que procuram ter uma coerência intrínseca e uma forma lógica (Carmo & Ferreira, 2008), para que todas as questões sejam formuladas com clareza e precisão para gerar uma única interpretação.

Podemos ainda denominar estes questionários de administração indirecta, uma vez que foram aplicados pela investigadora, que os preencheu (Quivy & Campenhoudt, 1992) à medida que foi colocando as questões oral e individualmente a cada criança. Adoptando a designação de Cohen *et al.* (2008), estes podem ser designados como uma espécie de *questionários-entrevista*, considerados extremamente úteis quando os indivíduos questionados apresentam problemas em ler ou escrever. Adequa-se portanto, na perfeição às crianças desta amostra, de idade pré-escolar. Tal possibilitará igualmente um maior número de respostas, sendo estas mais completas e detalhadas (Bailey, 1994)²⁵.

O questionário, após a sua redacção e antes da efectiva aplicação, foi testado, averiguando a sua validade e precisão, por meio da administração preliminar a um número reduzido de crianças – 6 – com características idênticas às da amostra.

O instrumento foi igualmente aprovado pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, cumprindo os requisitos de qualidade técnica e metodológica para poder ser aplicado em jardins-de-infância.

O questionário constituiu um indispensável instrumento de recolha de dados, por ter sido usado em dois momentos com as crianças: como Pré-Teste (fase de diagnóstico), antes do programa de intervenção pedagógico (acção) e como Pós-Teste (fase de avaliação), após o respectivo programa.

Teve portanto, nos dois momentos, o objectivo de aferir e avaliar conhecimentos, valores e atitudes das crianças em relação à temática da higiene, particularmente a oral, para inferir acerca de uma possível mudança conceptual. Perante os resultados obtidos, pode

²⁵ Referido em Cohen *et al.* (2008).

avaliar-se e concluir sobre benefícios e/ou riscos da abordagem da higiene oral no contexto pré-escolar.

Os dados de ambos os testes foram analisados estatisticamente e para proceder a essa análise escolheu-se o *Statistical Packagel for the Social Sciences* (SPSS). Com este programa estatístico, criou-se uma base de dados onde se inseriram e codificaram variáveis seguindo a mesma ordem em que se encontravam no questionário. Uma vez que o questionário aplicado funcionou como Pré-Teste e Pós-Teste, por cada item tratado surgem duas variáveis, correspondendo respectivamente cada uma ao momento prévio ao Programa de Intervenção Pedagógica e ao momento após do mesmo Programa.

Tal permitiu comparar as respostas das crianças em ambos os momentos, recorrendo à facilidade do SPSS em analisar as frequências das respostas. Posteriormente, aplicou-se o Teste-T para amostras emparelhadas, sendo este um teste em que *“cada caso é analisado duas vezes, antes e depois de um tratamento ou intervenção, formando pares de observações, cujas diferenças são testadas para ver se o resultado é ou não zero”* (Pestana & Gageiro, 2003:172). O nível de significância estabelecido foi $p < 0,050$.

As variáveis idade, sexo e família foram analisadas uma única vez, atendendo a que a sua alteração não depende do Programa de Intervenção Pedagógica.

Assim, estas três primeiras variáveis – idade, sexo e família – permitiram obter algumas informações gerais acerca de cada criança, podendo designar-se como variáveis independentes de origem informativa.

Descrevendo as restantes variáveis, apelidadas de dependentes, podemos agrupá-las em dois grandes grupos: as variáveis ligadas aos conhecimentos das crianças e as variáveis relacionadas com os seus comportamentos, que reflectem também os seus valores.

De uma forma sucinta, as variáveis que permitem avaliar conhecimentos das crianças, são aquelas que abordam diferentes conceitos, designadamente saúde, higiene, cárie, ..., os motivos da importância da saúde e higiene, as funções da boca, o tamanho e forma dos dentes, entre outros. Englobam-se igualmente as variáveis que dizem respeito aos comportamentos que as crianças consideram saudáveis.

As restantes variáveis remetem para os efectivos comportamentos das crianças para *“serem saudáveis e não ficarem doentes”*, às quais se acrescentam, entre outras, as variáveis específicas sobre os hábitos de higiene de cada criança.

As diversas variáveis dependentes presentes ao longo do questionário permitem testar as hipóteses nulas formuladas, que, após a análise dos dados, serão aceites ou rejeitadas. Assim temos:

H_{0,1}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação ao conceito de saúde e respectiva descrição.

H_{0,2}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face aos comportamentos necessários para ser saudável.

H_{0,3}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste quanto à importância de tratar do corpo para ser saudável.

H_{0,4}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que se refere à importância de ter uma alimentação variada para ser saudável.

H_{0,5}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação à importância de comer muitos doces para ficar com muita energia.

H_{0,6}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito à importância de fazer exercício físico e brincar ao ar livre para ser saudável.

H_{0,7}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que concerne a importância de ver televisão muitas horas para aprender muito.

H_{0,8}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face aos comportamentos das crianças para serem saudáveis.

H_{0,9}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste perante o conceito de higiene e respectiva descrição e importância.

H_{0,10}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação à importância de manter o corpo limpo.

H_{0,11}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste quanto aos motivos da importância de manter o corpo limpo.

H_{0,12}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face aos momentos e frequência com que as crianças tomam banho.

H_{0,13}: Não existem diferenças significativas entre o Pré -Teste e o Pós-Teste em relação ao local do banho.

H_{0,14}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito à frequência diária de lavar o cabelo.

H_{0,15}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que concerne à frequência de lavar o cabelo.

H_{0,16}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito a frequência diária da escovagem do cabelo.

H_{0,17}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que se refere à frequência da escovagem do cabelo.

H_{0,18}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste quanto aos motivos da importância de lavar e escovar o cabelo.

H_{0,19}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste perante os elementos necessários para tomar banho, lavar e escovar o cabelo.

H_{0,20}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação à frequência de lavagem das mãos bem como perante os motivos de tal acção.

H_{0,21}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito aos momentos de lavagem das mãos.

H_{0,22}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que se refere à importância de manter a boca limpa.

H_{0,23}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face às funções da boca.

H_{0,24}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que concerne os constituintes da boca.

H_{0,25}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste acerca das funções dos dentes.

H_{0,26}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste acerca da forma ou tamanho dos dentes.

H_{0,27}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação ao conhecimento da designação nominal dos dentes.

H_{0,28}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face à atribuição nomes dos dentes.

H_{0,29}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação à importância de lavar os dentes.

H_{0,30}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste quanto aos motivos da importância de lavar os dentes.

H_{0.31}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste perante os elementos necessários para lavar os dentes.

H_{0.32}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face à frequência da escovagem dos dentes.

H_{0.33}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação aos momentos de escovagem dos dentes.

H_{0.34}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito à pessoa que procede ao ensino do modo de escovagem dos dentes.

H_{0.35}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que se refere à autonomia das crianças na escovagem dos dentes.

H_{0.36}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste quanto à pessoa que auxilia na escovagem dos dentes.

H_{0.37}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação ao facto de possuir uma escova pessoal e intransmissível.

H_{0.38}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face aos motivos de possuir uma escova de dentes pessoal e intransmissível.

H_{0.39}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste acerca do modo de escovagem.

H_{0.40}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face à escovagem da língua.

H_{0.41}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação ao conceito de fio dentário.

H_{0.42}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste acerca da descrição do conceito de fio dentário e seu uso regular.

H_{0.43}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que concerne a experiência de bochechar com o elixir.

H_{0.44}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação à primeira ida ao dentista.

H_{0.45}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito à atitude face à primeira ida ao dentista.

H_{0,46}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face à importância de consultar um dentista.

H_{0,47}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito ao facto das crianças terem dores de dentes.

H_{0,48}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação ao conceito de cárie e respectiva descrição.

H_{0,49}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no caso da ingestão de doces.

H_{0,50}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que se refere à concepção dos doces serem prejudiciais para os dentes.

3.5.2. Observação Participante Sistemática

Sendo que “*observar é olhar atentamente*” (Sousa, 2005:108), a observação é um acontecimento natural da vida. Pode, portanto, acontecer de forma espontânea, mas também ser deliberada, de acordo com as diferentes situações da vida (Sousa, 2005).

Nesta investigação, a observação manifesta-se como intencional e é caracterizada como *participante*, uma vez que a investigadora tem um papel activo, envolvendo-se directamente com os investigados e como *sistemática*, na medida em que se segue um plano pré-estabelecido.

A observação é dirigida para comportamentos, posturas e acções das crianças durante as sessões do programa de intervenção pedagógica, registadas num diário para complementar com os outros resultados.

3.5.3. Entrevistas

A entrevista caracteriza-se, segundo Moser e Kalton (1971:271)²⁶, como “*uma conversa entre um entrevistador e um entrevistado que tem o objectivo de extrair determinada informação do entrevistado*”.

Como tal, esta investigação recorre a entrevistas, do tipo semi-estruturadas, com um guião de questões pré-definidas, orientadas de maneira flexível, de acordo com o evoluir da entrevista. Atende-se igualmente à escolha e preparação das pessoas entrevistadas, ao local, à data e hora, para que haja um clima de descontração e “à vontade” para se conseguir obter o maior

²⁶ Referido em Bell (1997).

número de informação possível. A entrevista possibilita, ao mesmo tempo, captar expressões corporais, tonalidades de voz e ênfases nas respostas (Gil, 1999).

Este instrumento teve a sua importância no momento de conhecer a opinião dos pais das crianças sobre esta temática, uma vez que estes *“são também intervenientes fundamentais nos programas de saúde oral. É fundamental que sejam englobados na equipa de projecto enquanto parceiros activos na programação de actividades”* (DGS, 2005:52).

A entrevista foi considerada igualmente importante para conhecer a opinião do educador das crianças, pois a sua percepção, enquanto técnico de educação, também se revela essencial (DGS, 2005).

Também as opiniões de médicos dentistas foram auscultadas através desta técnica, revelando-se importantes e revestindo esta investigação com um maior número de informações sobre a higiene oral.

Para explorar os dados de todas estas entrevistas, optamos por uma análise de conteúdo, revestindo-se esta de importância, uma vez que se caracteriza por ser *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”* (Bardin, 1995:38).

Assim, de acordo com Henry e Moscovici (1968)²⁷, tudo o que é dito ou escrito é passível de ser submetido à análise de conteúdo. Portanto, após a audição das entrevistas, procedeu-se às suas transcrições e à respectiva análise de conteúdo com o auxílio do programa informático NVIVO 8.

Uma vez que as entrevistas já se encontravam direccionadas para atingir determinadas informações, criaram-se desde logo rubricas significativas (Grawitz, 1993)²⁸, pelas quais classificamos o conteúdo. Estas podem ser igualmente denominadas por categorias, cuja criação é, neste contexto, *à priori* (Carmo & Ferreira, 2008). Estas categorias envolvem aspectos que se prendem com a caracterização das crianças do estudo, bem como as suas rotinas diárias, envolvendo tudo o que concerne a higiene oral. Referem-se categorias que envolvem os conhecimentos, interesses e reacções das crianças sobre a higiene oral e aspectos com ela interligados, as práticas de escovagem (escola e casa), o papel do jardim-de-infância e dos pais ou encarregados de educação, entre outras.

²⁷ Referido em Bardin (1995).

²⁸ Referido em Carmo e Ferreira (2008).

3.6. Triangulação de Métodos

Com o recurso à combinação destes diferentes instrumentos, pretendeu-se tornar este projecto de investigação mais “sólido” (Patton, 1990)²⁹, procurando-se estabelecer uma triangulação de dados.

3.7. Programa de Intervenção Pedagógica

Para atingir a mudança conceptual pretendida nesta investigação-acção, propôs-se a aplicação de um programa de intervenção pedagógico com as crianças. Para surtir o efeito desejado, este teve que ser dotado de uma intencionalidade educativa.

Para a existência de tal intencionalidade, torna-se imprescindível que haja uma reflexão constante do investigador sobre a sua acção (ME, 1997).

Genericamente o programa foi constituído por sessões, que privilegiaram as áreas de conteúdo presentes nas Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (ME, 1997), atendendo à transversalidade da área que se pretendia trabalhar: a Educação para a Saúde.

As sessões pretenderam de uma forma geral, promover a aquisição e/ou melhoria de conhecimentos, valores e atitudes das crianças sobre a saúde e higiene, particularmente a oral.

Com uma análise comparativa entre os conhecimentos, valores e atitudes prévios e os posteriores às sessões do programa de intervenção pedagógica tornou-se possível explorar os benefícios e riscos da abordagem reflectida no programa de intervenção pedagógica, alcançando desta forma o objectivo geral da investigação.

Pretendendo atingir resultados positivos com o programa de intervenção pedagógica, foi indispensável adoptar uma pedagogia estruturada, privilegiando o carácter lúdico para motivar as crianças, possibilitando o sucesso das aprendizagens (ME, 1997).

Foi portanto, necessário um estrito planeamento de cada sessão. Para tal, houve que atender, para cada uma das sessões, aos objectivos gerais e específicos, aos recursos materiais e humanos e ao percurso a adoptar para atingir esses mesmos objectivos, encontrando-se este perceptível na descrição de cada sessão.

3.7.1. 1ª Sessão: Saúde e Higiene

Data de realização: 1 e 2 de Março de 2010

Duração: 2 horas

²⁹ Referido em Carmo e Ferreira (2008).

Local: jardim-de-infância n.º 1 e jardim-de-infância n.º 2

Objectivos Gerais:

- ✓ Promover a sensibilização e o interesse para a área da Educação para a Saúde;
- ✓ Explicitar a importância da higiene para a saúde;
- ✓ Promover a aquisição/melhoria de conhecimentos, valores e atitudes sobre saúde e higiene.

Objectivos Específicos:

- ✓ Compreender os conceitos de “saúde” e “higiene” e diferentes formas de os alcançar;
- ✓ Visualizar, explorar e compreender uma apresentação de diapositivos: “Saúde e Higiene”;
- ✓ Dialogar e explorar imagens variadas com recurso a momentos lúdicos facilitadores da aprendizagem.

Recursos Materiais:

- ✓ Computador;
- ✓ Projector;
- ✓ Tela para projecção;
- ✓ Apresentação de diapositivos em formato de ficheiro Microsoft Office PowerPoint e em papel (anexo IV);
- ✓ Imagens em cartão em duplicado (anexo IV).

Recursos Humanos:

- ✓ Grupo de crianças;
- ✓ Investigadora;
- ✓ Educadora de infância do grupo de crianças;

Avaliação:

- ✓ Observação participante e sistemática;
- ✓ Diário de bordo (anexo V).

Descrição:

Esta sessão foi dividida em dois momentos. O primeiro consistiu numa abordagem geral à temática da saúde e higiene com uma apresentação de diapositivos em formato de Microsoft Office PowerPoint. Esta apresentação continha imagens (Anexo IV) adequadas à

idade das crianças, focando acções/comportamentos associados à saúde e higiene, pretendendo motivá-las para esta temática.

Finda a apresentação estabeleceu-se um diálogo de grande grupo com as crianças, explorando imagens em cartão iguais às presentes nos diapositivos. Abordaram-se, desta forma, os aspectos principais da apresentação com a exploração individual de cada imagem.

Passando para o segundo momento, este constituiu-se num período mais lúdico, que pretendeu ajudar a adquirir e a consolidar conhecimentos sobre elementos e comportamentos relacionados com esta temática. Realizado em pequenos grupos, traduziu-se num jogo de imagens, apresentadas em duplicado para que cada criança, na sua vez, pudesse descobrir o par de cada imagem, encontrando-se as imagens todas voltadas ao contrário. Intitulou-se o “jogo da memória”, uma vez que as crianças tinham que memorizar cada imagem e qual o seu lugar no jogo. Este jogo ficou posteriormente acessível às crianças.

3.7.2. 2ª Sessão: Baú da Saúde e Higiene

Data de realização: 1 e 2 de Março de 2010

Duração: 30 minutos

Local: jardim-de-infância n.º 1 e jardim-de-infância n.º 2

Objectivos Gerais:

- ✓ Promover a sensibilização e o interesse para a área da Educação para a Saúde;
- ✓ Explicitar a importância da higiene para a saúde;
- ✓ Favorecer o desenvolvimento da autonomia pessoal e de confiança em si própria;
- ✓ Promover a aquisição/melhoria de conhecimentos, valores e atitudes sobre saúde e higiene.

Objectivos Específicos:

- ✓ Contactar e explorar diferentes materiais/utensílios de saúde e higiene;
- ✓ Compreender cada elemento, a sua função, forma e modo de utilização;
- ✓ Dialogar em grande grupo para descobrir e partilhar experiências relacionadas com o uso dos diferentes materiais/utensílios.

Recursos Materiais:

- ✓ Baú com diferentes materiais para exploração: esponja de banho, estojo com sabonete, gel de banho, champô, toalha, escova/pente, espelho, copo e escova de dentes, pasta de dentes, fio dentário e elixir (anexo IV).

Recursos Humanos:

- ✓ Grupo de crianças;
- ✓ Investigadora;
- ✓ Educadora de infância do grupo de crianças.

Avaliação:

- ✓ Observação participante e sistemática;
- ✓ Diário de bordo (anexo V).

Descrição:

Esta sessão aspirou, tal como a precedente, à motivação das crianças para se interessarem pela saúde e higiene. Pretendeu-se alcançar o interesse do grupo de crianças com a exploração de materiais diversos de saúde e higiene, alguns deles já conhecidos e outros ainda por descobrir.

Em grande grupo, explorou-se cada material ou elemento do baú, perguntando às crianças se conheciam os materiais e quais as suas funções. Assim, ao explorar individualmente cada elemento do baú com as crianças partiu-se dos seus conhecimentos, sendo tal facilitador de novas aprendizagens.

Esta exploração ambicionou igualmente despertar nas crianças curiosidade sobre os elementos do baú, para que se sentissem confiantes e autónomas para os usar no seu dia-a-dia.

3.7.3. 3ª Sessão: Dental Show

Data de realização: 3 de Março de 2010

Duração: 2 horas

Local: jardim-de-infância n.º 1 e jardim-de-infância n.º 2

Objectivos Gerais:

- ✓ Promover vivências de novas experiências;

- ✓ Despertar interesse, curiosidade e imaginação, promovendo o contacto com um “outro mundo”;
- ✓ Favorecer o desenvolvimento da autonomia pessoal, sentido de responsabilidade e confiança em si própria;
- ✓ Estimular para a higiene oral, no sentido de a promover;
- ✓ Promover a aquisição/melhoria de conhecimentos, atitudes e valores sobre saúde e higiene oral.

Objectivos Específicos:

- ✓ Contactar, através do recurso a uma pequena encenação teatral com cenários e materiais, com um mundo imaginário – o planeta dos Roogies Sorridentes;
- ✓ Explorar a história dos Roogies Sorridentes;
- ✓ Desenvolver uma memória individual e colectiva, para uma correcta escovagem dos dentes, com recurso a uma música específica – “Roogies, os Sorridentes”;
- ✓ Experimentar hábitos correctos de higiene oral;
- ✓ Escovar os dentes em pequenos grupos ao som da música específica.

Recursos Materiais:

- ✓ Material de suporte ao *dental show*: cenários com materiais insufláveis e lavatórios em formato de dentes (anexo IV); escovas de dentes descartáveis; copos descartáveis; pasta de dentes; guardanapos; história e música “*Roogies Sorridentes*” (anexo IV).

Recursos Humanos:

- ✓ Grupo de crianças;
- ✓ Investigadora;
- ✓ Educadora de infância do grupo de crianças;
- ✓ “*Dr. Roogies*” e a “*Smile*” – protagonistas do *Dental Show*.

Avaliação:

- ✓ Observação participante e sistemática;
- ✓ Diário de bordo (anexo V).

Descrição:

Este momento intitulado de *Dental Show* foi protagonizado por um médico dentista, que pretende desenvolver um espaço dentário como um programa escolar com o objectivo de reduzir os elevados índices de cárie dentária e de gengivite das crianças.

Para ter sucesso num meio escolar/pré-escolar, este programa com carácter altamente lúdico, conduz as crianças ao mundo do imaginário. O “*Dr. Roogies*” e a “*Smile*” trazem consigo a história dos *Roogies Sorridentes* e realizam o *Dental Show*, onde as crianças têm a oportunidade de aprender a técnica correcta da escovagem dos dentes. Para garantir uma maior eficácia do programa, este é ainda acompanhado por uma música: “*Roogies – Os Sorridentes*”, cuja estruturação permite estabelecer uma memória individual e colectiva nas crianças relativamente à correcta escovagem dos dentes.

3.7.4. 4ª Sessão: Escovagem dos Dentes “a Seco”

Data de realização: 4 de Março de 2010

Duração: 1h

Local: jardim-de-infância n.º 1 e jardim-de-infância n.º 2

Objectivos Gerais:

- ✓ Promover vivências de novas experiências;
- ✓ Favorecer o desenvolvimento da autonomia pessoal e da confiança em si;
- ✓ Estimular para a higiene oral, no sentido de a promover;
- ✓ Promover a aquisição/melhoria de conhecimentos, atitudes e valores sobre saúde e higiene oral.

Objectivos Específicos:

- ✓ Visualizar, explorar e compreender a história - “*Escovar os Dentes*” - sob a forma de uma apresentação de diapositivos;
- ✓ Dialogar em grande grupo para descobrir e partilhar experiências sobre a escovagem de dentes;
- ✓ Explorar os diferentes materiais/utensílios para uma correcta escovagem dos dentes;
- ✓ Experimentar hábitos correctos de higiene oral;
- ✓ Escovar os dentes, com o recurso à técnica de escovagem “a seco”, de acordo com as etapas previstas no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (DGS, 2005).

Recursos Materiais:

- ✓ Computador;
- ✓ Projector;
- ✓ Tela para projecção;

- ✓ Apresentação de diapositivos em formato de ficheiro Microsoft Office PowerPoint e em papel (anexo IV);
- ✓ Escovas descartáveis;
- ✓ Copos descartáveis;
- ✓ Pasta dentífrica;
- ✓ Guardanapos.

Recursos Humanos:

- ✓ Grupo de crianças;
- ✓ Investigadora;
- ✓ Educadora de infância do grupo de crianças.

Avaliação:

- ✓ Observação participante e sistemática;
- ✓ Diário de bordo (anexo V).

Descrição:

À semelhança da primeira sessão, também esta se iniciou com a projecção de uma apresentação de diapositivos em formato de Microsoft Office PowerPoint. Esta apresentação traduziu-se na adaptação de uma história – “*Escovar os Dentes*” – a qual pretendeu elucidar as crianças para a importância deste hábito. Explicitou para as crianças, todos os passos deste momento tão importante. Abrangeu a escolha dos materiais que são imprescindíveis e exemplificou sucintamente, com imagens (Anexo IV), uma correcta escovagem dos dentes.

Após esta apresentação, procedeu-se à escovagem dos dentes com as crianças. Concordando com o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (DGS, 2005) esta escovagem pode ser levada a cabo colectivamente com as crianças sentadas à mesa.

Foi entregue a cada criança uma escova de dentes descartável, um copo igualmente descartável e um guardanapo. As crianças colocaram a pasta dos dentes e escovaram os dentes, de acordo com a apresentação da história. Pretendeu-se que a investigadora e respectiva educadora de infância do grupo de crianças vigiasse e corrigisse a escovagem para a tornar a mais eficiente possível. Após a escovagem, as crianças cuspiram o excesso da pasta dos dentes para o copo descartável e limparam a boca com o guardanapo, que depois colocaram dentro do copo. Por fim, recolheram-se os copos e as escovas.

Caso alguma das crianças tivesse dificuldade em tolerar o excesso de pasta dos dentes na cavidade oral, podia colocar-se uma pequena porção de água no copo para que, no fim da escovagem, bochechasse e só depois cuspsse para o copo.

3.7.5. 5ª Sessão: Preparação e Visita a um Consultório Dentista

Data de realização: 5 de Março de 2010

Duração: 3 horas

Local: jardins-de-infância e consultório de uma médica dentista

Objectivos Gerais:

- ✓ Favorecer o desenvolvimento da autonomia pessoal e da confiança em si;
- ✓ Estimular para a higiene oral, no sentido de a promover;
- ✓ Fomentar hábitos correctos de Higiene Oral;
- ✓ Promover a aquisição/melhoria de conhecimentos, atitudes e valores sobre saúde e higiene oral.

Objectivos Específicos:

- ✓ Visualizar, explorar e compreender uma história - “*Vamos ao Dentista*” - sob a forma de uma apresentação de diapositivos;
- ✓ Dialogar em grande grupo para explorar e descobrir experiências, permitindo a expressão de sentimentos e emoções face a esta vivência;
- ✓ Contactar e explorar um “novo” local – o consultório do médico dentista – procurando desmistificar medos e receios do atendimento médico;
- ✓ Fazer um *check-up* dentário individual, permitindo detectar eventuais problemas orais.

Recursos Materiais:

- ✓ Computador;
- ✓ Projector;
- ✓ Tela para projecção;
- ✓ Apresentação de diapositivos em formato de ficheiro Microsoft Office PowerPoint e em papel (anexo IV);
- ✓ Transporte para as crianças;
- ✓ Equipamento do consultório dentista.

Recursos Humanos:

- ✓ Grupo de crianças;
- ✓ Investigadora;
- ✓ Educadoras de infância dos grupos de crianças;
- ✓ Auxiliares de educação dos grupos de crianças;
- ✓ Motorista;
- ✓ Médica dentista.

Avaliação:

- ✓ Observação participante e sistemática;
- ✓ Diário de bordo (anexo V).

Descrição:

A última sessão deste programa de intervenção pedagógica foi, tal como a precedente, composta por dois momentos. Ainda à semelhança da sessão anterior, o primeiro momento consistiu numa apresentação de diapositivos em formato de Microsoft PowerPoint.

Esta apresentação constituiu-se numa breve história – “*Vamos ao Dentista*” – a qual, para além de relatar com simplicidade uma ida ao dentista, procurando ajudar as crianças a enfrentarem uma nova experiência, pretendia focar os pontos-chave de uma boa higiene oral: a alimentação, a correcta e diária escovagem dos dentes e, para terminar, a necessidade de consultar um dentista com regularidade.

No fim da apresentação, houve um momento de diálogo em grande grupo, que possibilitou às crianças a oportunidade de expressarem os seus sentimentos e reacções perante a visita ao consultório dentista.

O segundo momento, a ida ao dentista propriamente dita, permitiu às crianças, em muitos dos casos, viver uma nova experiência, que pretendia tornar a criança mais confiante e responsável, ao mesmo tempo que realizava um check-up dentário, para detecção de eventuais problemas orais.

4. RESULTADOS

Para alcançar respostas com este projecto de investigação, torna-se imprescindível atender aos resultados. Estes, obtidos através do Pré e do Pós-Teste, respectivamente aplicados prévia e posteriormente ao programa de intervenção pedagógica, permitiram obter um estudo dos conhecimentos, valores e atitudes das crianças no domínio da saúde e higiene oral.

A observação participante durante toda a acção com as crianças permitiu igualmente ver os seus graus de envolvimento e de interesse em torno desta temática.

A todos estes resultados juntam-se os resultantes da análise de conteúdo das entrevistas realizadas a alguns médicos dentistas, mães e educadoras, que expressaram igualmente as suas opiniões sobre a temática deste projecto.

Também as informações dadas pela médica dentista, que atendeu as crianças, são alvo de análise, possibilitando saber se as crianças tinham efectivamente necessidade de consultas.

4.1. Análise comparativa dos resultados do Pré e Pós-Teste

Iniciando a análise, perante uma quantidade relativamente extensa de dados iremos atender às questões seguindo a ordem do questionário, de forma a simplificar a leitura e consequente interpretação dos resultados. Obviamente, iremos dar maior relevância àqueles que demonstraram ser mais significativos para esta investigação.

Questão: “Sabes o que é a Saúde?”

Aqui, em relação ao **conceito de saúde**, denotámos uma alteração muito significativa perante as respostas das crianças no Pré-Teste e no Pós-Teste, facilmente perceptível pelos gráficos das figuras 9 e 10.

Relativamente a esta questão as respostas afirmativas - **“SIM”** - das crianças aumentaram de 35,7% no Pré-Teste para 95,2% no Pós-Teste, diminuindo obviamente as respostas negativas - **“NÃO”** - de 64,3% para 4,8%, respectivamente.

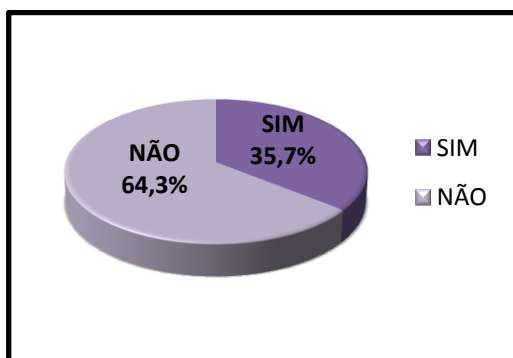


Figura 9 – Conceito “Saúde” – Pré-Teste

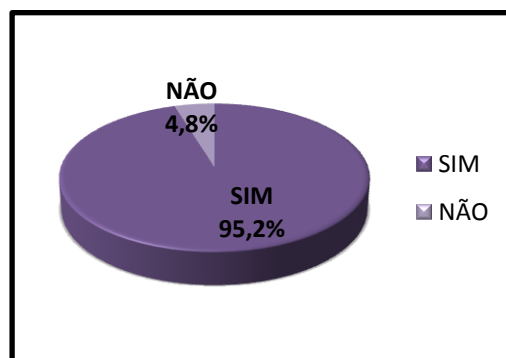


Figura 10 – Conceito “Saúde” – Pós-Teste

Recorrendo ao Teste T, para amostras emparelhadas, verificámos que a alteração face a este conceito foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$; $gl=4$; $t=7,765$).

Perante esta alteração torna-se relevante aprofundar as respostas das crianças face à questão, em sequência, “Se sim, o que é a saúde?”.

Da análise das respostas das crianças no Pré e no Pós-Teste, alcançamos os valores presentes nos gráficos das duas figuras que se seguem.

Os resultados do Pré-Teste são marcados por 64,3% de ausências de resposta. Destaca-se de seguida a “**alimentação**” com 21,4%, afirmando as crianças “*são os alimentos que temos de comer*”; “*são as frutas*”; “*é comer de tudo*”, ..., e os aspectos relacionados com o “**corpo**” com 7,1%, surgindo respostas como “*é o coração para viver*”; “*é o sangue que está no corpo*”, entre outras.

As crianças responderam ainda aspectos relacionados com “**descanso**” (2,4%) – “*é ficar na cama, a dormir*” – “**alimentação e exercício físico**” (2,4%) – “*é comer alimentos, beber, correr e brincar*” – e “**ambiente envolvente**” (2,4%) – “*é a minha casa*” –, tal como mostra o gráfico da figura 11.

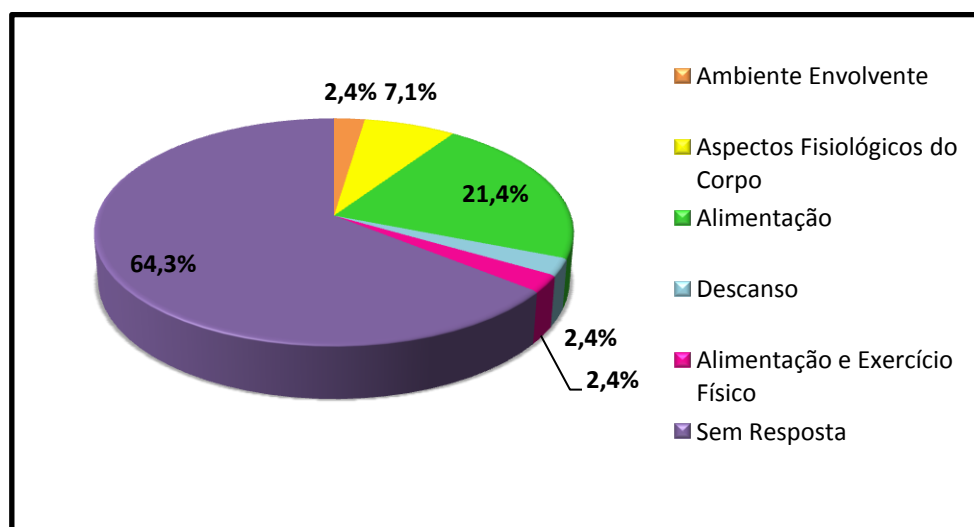


Figura 11 – Descrição do Conceito “Saúde” – Pré-Teste

No Pós-Teste, o número de respostas aumentou significativamente, destacando-se 40,5% de respostas à base de aspectos relacionados com **“alimentação e higiene”** e 16,7% referindo-se apenas à **“alimentação”**. Associando aspectos relativos à **“alimentação, higiene e brincar”** encontra-se um valor de 9,5%. Embora menos frequentemente, as crianças englobam nesta questão aspectos igualmente ligados ao **“corpo”**, ao **“exercício físico”** e ao **“descanso”** (Figura 12).

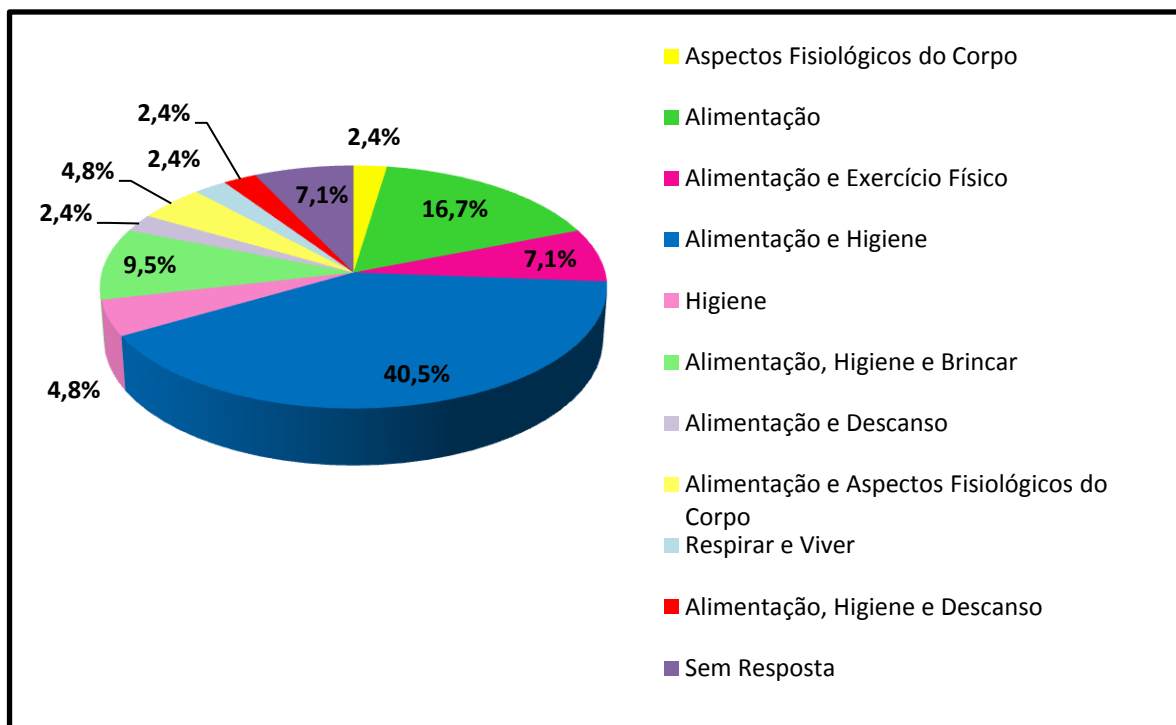


Figura 12 – Descrição do Conceito “Saúde” – resultados do Pós-Teste

Aplicando o Teste T detectamos que houve uma diferença significativa entre o Pré e o Pós-Teste ($p < 0,0001$; $gl=14$; $t=-5,194$) quanto à descrição do conceito de saúde. Perante estes resultados rejeitamos a hipótese nula referente:

H_{0.1}: Não existem alterações significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação ao conceito de saúde e respectiva descrição.

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Perante esta questão, as crianças tiveram a oportunidade de assinalar alguns comportamentos que viam como correctos.

Debruçar-nos-emos sobre algumas alternativas de resposta com variações significativas do Pré para o Pós-Teste. São elas as seguintes: **“comer doces”**; **“praticar exercício”**; **“ter más posições”**; **“deitar cedo”**; **“deitar tarde”** e **“usar sempre a mesma roupa”**.

Assim, analisando as respostas das crianças, em relação a se **para ser saudável e não estar doente é preciso comer doces**, obtivemos os resultados presentes nos gráficos das figuras 13 e 14. As respostas afirmativas – “SIM” – diminuíram consideravelmente, passando de 47,6% para 28,6%, aumentando as respostas negativas – “NÃO” – de 52,4% para 71,4%.

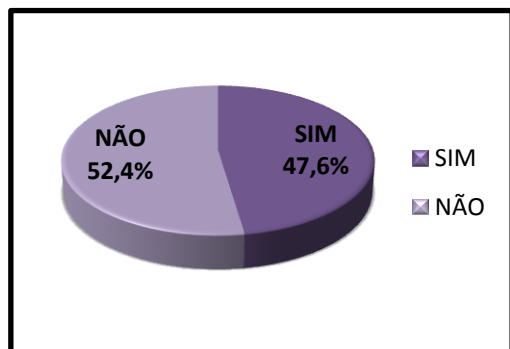


Figura 13 – Saudável Comer Doces – Pré-Teste

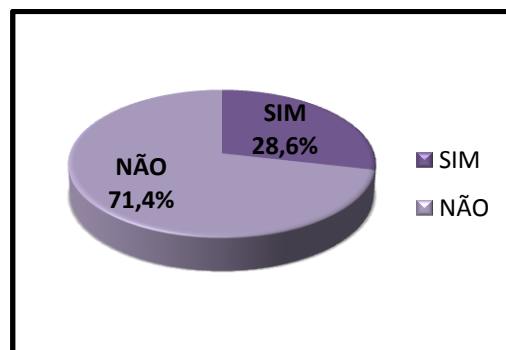


Figura 14 – Saudável Comer Doces - Pós-Teste

Tais mudanças, de acordo com o Teste T, são significativas ($p=0,044$; $gl=41$; $t=-2,077$).

Perguntando, por sua vez, se **para ser saudável e não estar doente é preciso praticar exercício**, 85,7% das crianças responderam afirmativamente – “SIM” - no momento do Pré-Teste e 100% no Pós-Teste, como podemos ver nos gráficos das figuras 15 e 16.

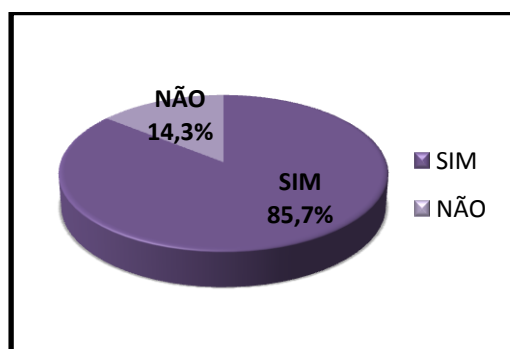


Figura 15 – Saudável Praticar Exercício – Pré-Teste

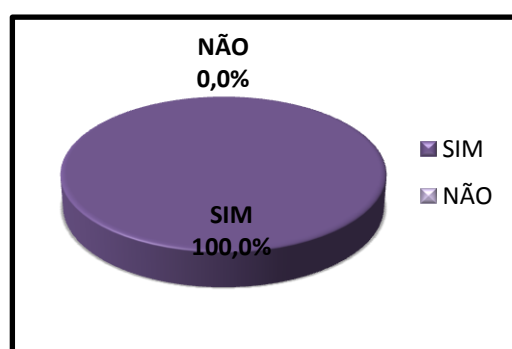


Figura 16 – Saudável Praticar Exercício – Pós-Teste

Aplicando o Teste T, constatamos que esta mudança é significativa ($p=0,012$; $gl=41$; $t=2,614$).

Interrogando se “**para ser saudável e não estar doente é preciso ter más posições?**”, no Pré-Teste 88,1% das crianças responderam – “NÃO” – passando este valor para 100% no Pós-Teste, anulando-se assim os 11,9% de respostas afirmativas do Pré-Teste. Tal variação torna-se bem visível nos gráficos das figuras 17 e 18:

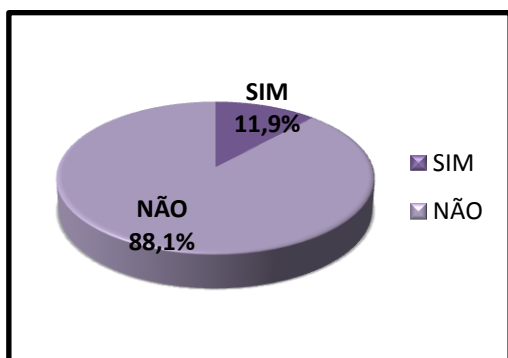


Figura 17 – Saudável Ter Más Posições – Pré-Teste

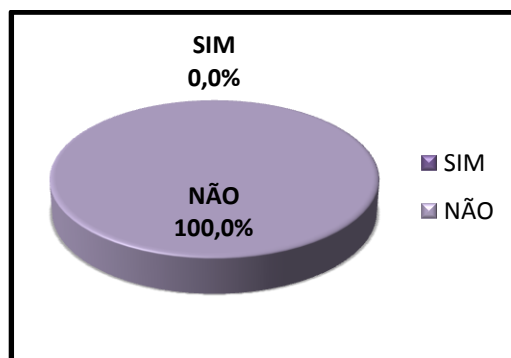


Figura 18 – Saudável Ter Más Posições – Pós-Teste

Em relação a este comportamento, denotámos também uma mudança significativa, ($p=0,023$; $gl=41$; $t=-2,354$).

Também no que concerne aos comportamentos de “**deitar cedo**” e “**deitar tarde**” há alterações a registar. Assim, perguntando às crianças se “**para ser saudável e não estar doente é preciso deitar cedo?**”, obtivemos as respostas ilustradas pelos gráficos das figuras 19 e 20. Do Pré-Teste para o Pós-Teste, as respostas positivas – “**SIM**” – passaram de 78,6% para a totalidade de 100%, sendo que as negativas – “**NÃO**” – se anularam, passando de 21,4% para 0,0%.

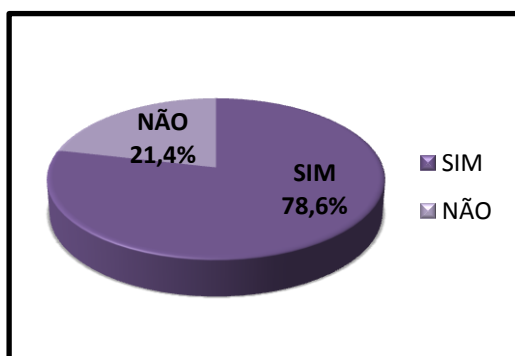


Figura 19 – Saudável Deitar Cedo – Pré-Teste

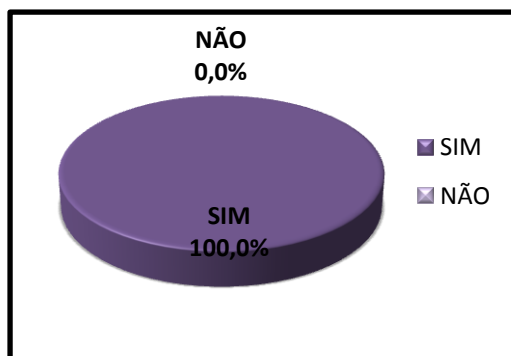


Figura 20 – Saudável Deitar Cedo – Pós-Teste

De acordo com o Teste T esta diferença é estatisticamente significativa ($p=0,002$; $gl=41$; $t=3,344$).

Transpondo para o comportamento “**deitar tarde**”, no Pré-Teste, metade das crianças (50%) consideraram ser saudável adoptar este comportamento, respondendo “**SIM**” passando tal valor no Pós-Teste para apenas 2,4%. Aumentando em grande escala, a resposta negativa – “**NÃO**” – passou de 50% para 97,6%. Estes dados encontram-se nos gráficos das figuras 21 e 22.

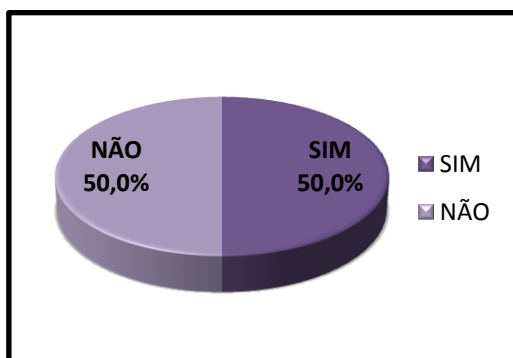


Figura 21 – Saudável Deitar Tarde – Pré-Teste

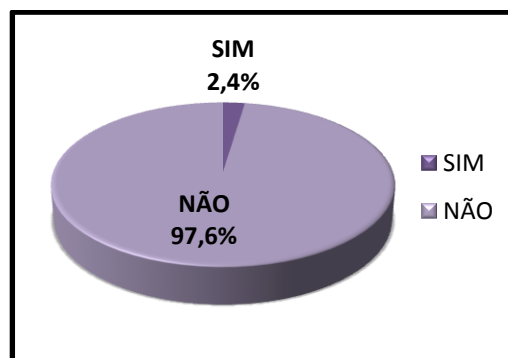


Figura 22 – Saudável Deitar Tarde – Pós-Teste

Os valores obtidos pelo Teste T ($p < 0,0001$; $gl=41$; $t=3,444$) comprovam que houve uma alteração bastante significativa.

Ainda nos comportamentos a adoptar para ser saudável, registou-se uma outra mudança significativa, em relação à questão se **“é saudável usar a mesma roupa todos os dias”**. Tal é demonstrado nos gráficos das figuras 23 e 24.

No Pré-Teste, 50% das crianças responderam **“SIM”**, ou seja, afirmaram que usar sempre a mesma roupa era necessário para ser saudável e não ficar doente. Este valor diminuiu consideravelmente para 2,4% no Pós-Teste. Por outro lado, as respostas negativas **“NÃO”** aumentaram de 50 para 97,6%.

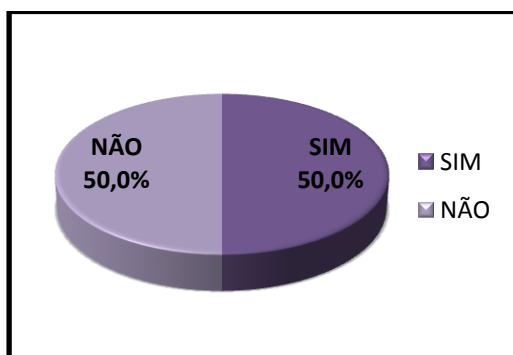


Figura 23 – Saudável Usar Sempre a Mesma Roupa – Pré-Teste

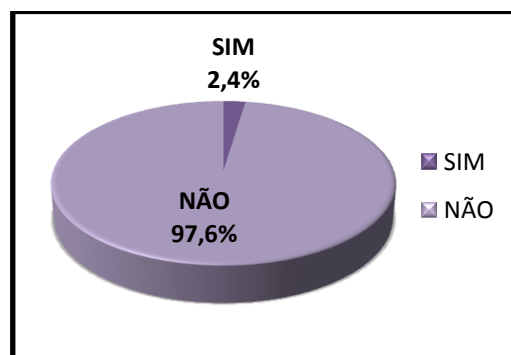


Figura 24 – Saudável Usar Sempre a Mesma Roupa – Pós-Teste

Aplicando o Teste T a estes dados, nota-se que alcançamos uma evolução significativa ($p < 0,0001$; $gl=41$; $t=-6,105$).

Ainda nesta questão, registámos alterações não significativas nas seguintes opções: **“beber água”**; **“beber leite”**; **“comer alimentos saudáveis”**; **“ir ao médico”**; **“brincar ao ar livre, no recreio”**; **“ver televisão”**; **“escovar o cabelo”**; **“lavar dentes”** e **“usar roupa limpa e confortável todos os dias”**. Verificamos igualmente que a aplicação do Teste T não gerou qualquer tipo de valores dentro do nível de significância nas opções **“beber vinho”**, **“tomar banho”** e **“lavar o cabelo”** desta mesma pergunta.

Atendendo a estes resultados, a hipótese nula correspondente - $H_{0,2}$: *Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face aos comportamentos necessários para ser saudável* – é aceite para as opções **“beber água”**; **“beber vinho”**; **“comer alimentos saudáveis”**; **“ir ao médico”**; **“brincar ao ar livre”**; **“ver televisão”**; **“tomar banho”**; **“lavar cabelo”**; **“escovar cabelo”**; **“lavar os dentes”** e **“usar roupa limpa e confortável”**. Por outro lado, é rejeitada para as opções **“comer doces”**; **“praticar exercício”**; **“ter más posições”**; **“deitar cedo”**; **“deitar tarde”** e **“usar a mesma roupa todos os dias”**.

Questão: “É importante tratar do corpo para ser saudável e não estar doente?”

Nesta questão, os valores resultantes do Teste T remetem para alterações não significativas entre o Pré e o Pós-Teste, o que nos leva a aceitar a hipótese nula formulada relativa a esta questão:

$H_{0,3}$: *Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste quanto à importância de tratar do corpo para ser saudável.*

Questão: “É importante ter uma alimentação variada, comer de tudo para ser saudável e não estar doente?”

À semelhança da questão precedente, o Teste T gerou valores que nos indicam a existência de alterações não significativas entre o Pré e o Pós-Teste, possibilitando aceitar a hipótese nula referente:

$H_{0,4}$: *Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que se refere à importância de ter uma alimentação variada para ser saudável.*

Questão: “É importante comer muitos doces para ficar cheio de energia?”

Prosseguindo com esta questão, semelhante a uma outra tratada anteriormente, as respostas do grupo em estudo são evidenciadas pelos gráficos das figuras 25 e 26. Verificou-se que do Pré-Teste para o Pós-Teste, as respostas negativas – **“NÃO”** – aumentaram de 52,4% para 78,6%, diminuindo as respostas afirmativas – **“SIM”** – de 47,6% para 21,4%.

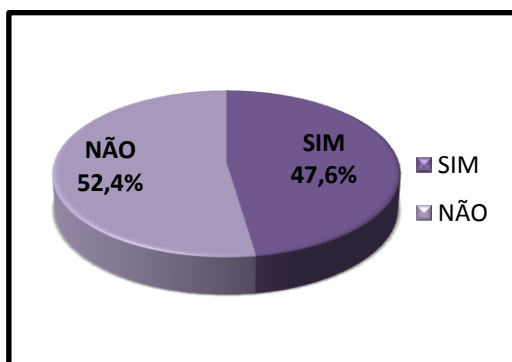


Figura 25 – Importância de Comer Muitos Doces – Pré-Teste

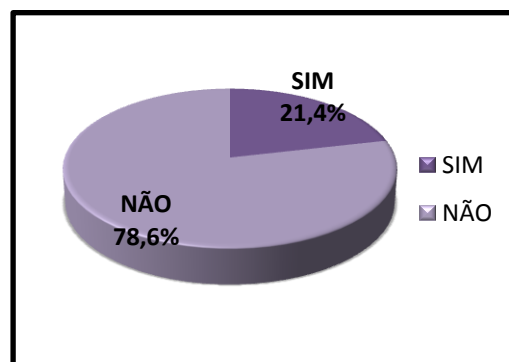


Figura 26 – Importância de Comer Muitos Doces – Pós-Teste

Tal resultado, segundo o Teste T, confere uma alteração significativa ($p=0,001$; $gl=41$; $t=-3,417$). Rejeitamos portanto a hipótese nula correspondente:

$H_{0.5}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação à importância de comer muitos doces para ficar com muita energia.

Questão: “É importante fazer exercício físico e brincar ao ar livre para ser saudável e não estar doente?”

Atentando nesta questão, constatamos que, perante a aplicação do Teste T, se registaram alterações não significativas, conduzindo à aceitação da hipótese nula referente:

$H_{0.6}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito à importância de fazer exercício físico e brincar ao ar livre para ser saudável.

Questão: “É importante ver muitas horas de televisão para aprender muito?”

Em relação a esta questão, o Teste T registou valores que assinalam alterações não significativas, aceitando-se a hipótese nula correspondente:

$H_{0.7}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que concerne a importância de ver televisão muitas horas para aprender muito.

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Analisando agora os resultados relativos aos comportamentos que as crianças consideraram necessários para serem saudáveis, em resposta a esta pergunta apenas numa opção se verificou alteração significativa do Pré-Teste para o Pós-Teste: **“Andar de bicicleta”**. Assim, no Pré-Teste, 90,5% das crianças assinalaram **andar de bicicleta** para se manterem saudáveis, enquanto no Pós-Teste 100% deram resposta. Apenas 9,5% das crianças

afirmaram não andar de bicicleta no Pré-Teste, anulando-se este valor no Pós-Teste, como se pode ver nos gráficos das figuras 27 e 28.

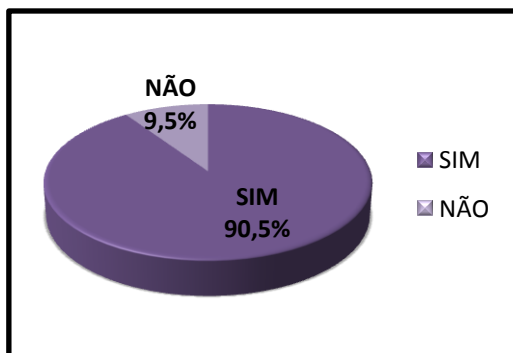


Figura 27 – Comportamento Andar de Bicicleta – Pré-Teste

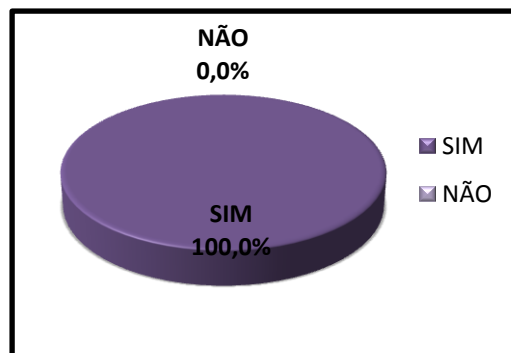


Figura 28 – Comportamento Andar de Bicicleta – Pós-Teste

Através do Teste T verificou-se que esta mudança foi significativa ($p=0,044$; $gl=41$; $t=2,077$).

As subsequentes opções de resposta a esta questão: “**ir ao médico**”; “**escovar o cabelo**”; “**brincar ao ar livre, no recreio**”; “**nadar na piscina**”; “**andar de baloiço**”; “**ver televisão**”; “**jogar à bola**”; “**outro(s)**” e “**Que outros comportamentos**”, segundo o Teste T, registaram alterações não significativas. As restantes opções – “**tomar banho**”; “**lavar o cabelo**”; “**lavar os dentes**” e “**comer alimentos saudáveis**” – apresentaram resultados, perante os quais o Teste T não gerou qualquer valor.

Todos estes resultados relativos a esta questão, originam que a hipótese nula - $H_{0,8}$: *Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face aos comportamentos das crianças para serem saudáveis* – seja aceite para todas as opções de resposta, à excepção da opção “**andar de bicicleta**”, perante a qual a hipótese nula é rejeitada.

Questão: “Sabes o que é a Higiene?”

Aqui, as respostas das crianças no Pré e no Pós-Teste denotaram várias alterações significativas como podemos observar nos gráficos das figuras 29 e 30. Observámos a evolução significativa das respostas das crianças, crescendo de 28,6% até 100% para as respostas afirmativas - “**SIM**” – e diminuindo de 71,4% para 0% no caso das respostas negativas – “**NÃO**”.

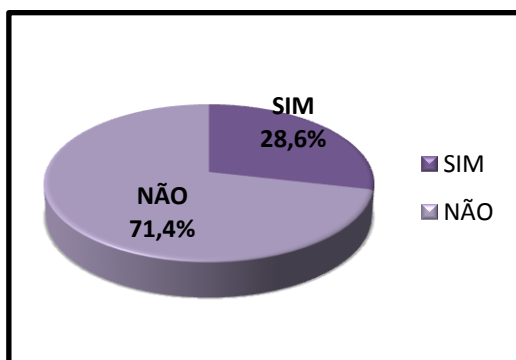


Figura 29 – Conceito “Higiene” – do Pré-Teste

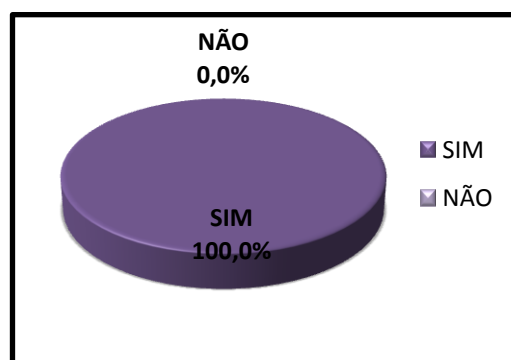


Figura 30 – Conceito “Higiene” – do Pós-Teste

Aplicando o Teste T, confirmamos o significado estatístico desta evolução ($p < 0,0001$; $gl=41$; $t=10,124$).

Questão: “Se sabes o que é a Higiene, o que é?”

Passando para a questão de sequência, alcançamos as respostas presentes nos gráficos das figuras 31 (Pré-Teste) e 32 (Pós-Teste).

Relativamente ao Pré-Teste há a evidenciar a grande ausência de respostas (71,4%), como atrás foi mencionado. Destacam-se igualmente os 19% correspondentes à resposta “**papel higiénico**” e ainda algumas respostas menos frequentes, focando itens como a “**alimentação**” e “**elementos de higiene para o corpo**”. Apenas uma criança (2,4%) referiu “**actos de higiene**” (Figura 31).

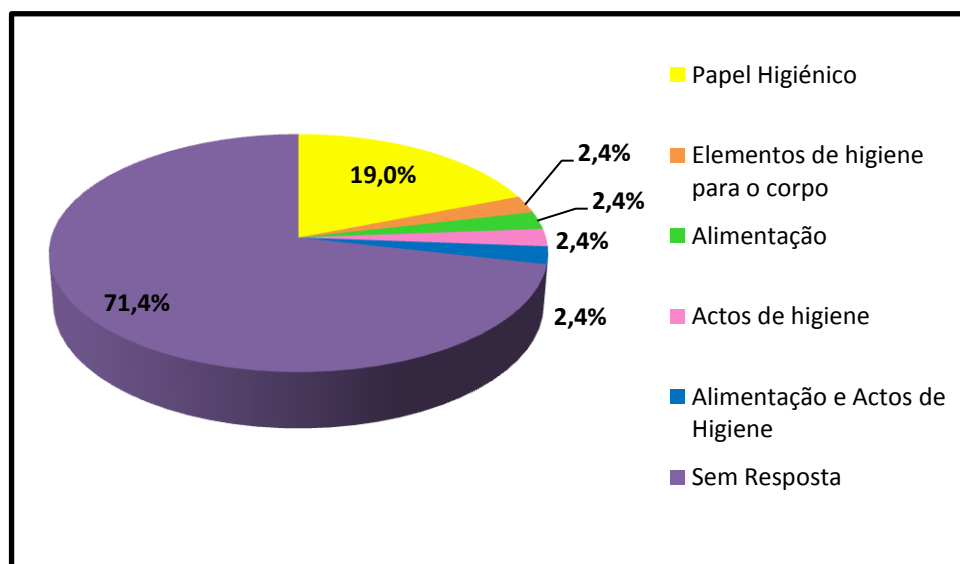


Figura 31 – Descrição do Conceito “Higiene” – Pré-Teste

No Pós-Teste, além de termos atingido 100% de respostas, estas apresentaram-se como respostas mais direccionadas para o conceito de higiene, mencionando a grande maioria das crianças (97,6%) “**actos de higiene diversos**”, de que são exemplos “*lavar as mãos*”;

“lavar o corpo”; “lavar o cabelo”; “lavar os dentes”; “lavar os pés”; “tomar banho”, Apenas uma criança afirmou que a higiene “é estarmos limpos” (Figura 32).

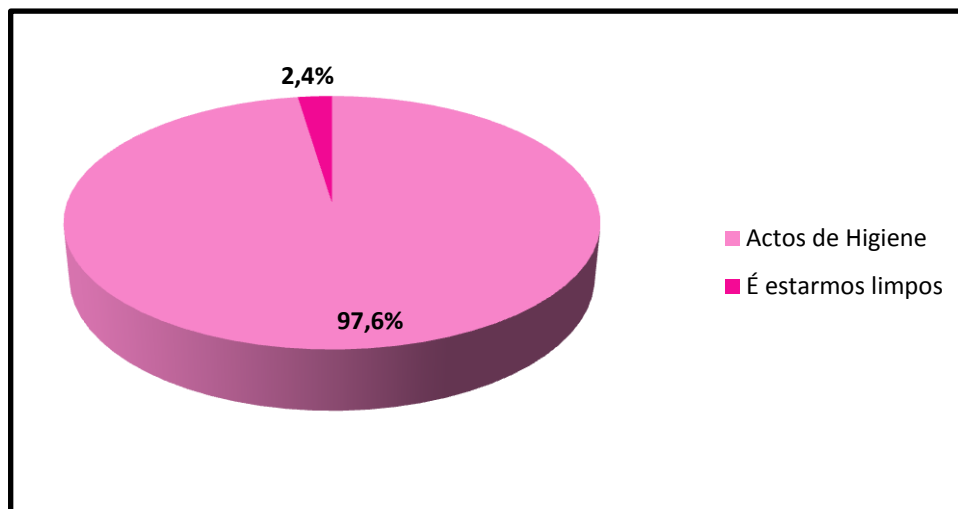


Figura 32 – Descrição do Conceito “Higiene” – Pós-Teste

Aplicando o Teste T para avaliar a evolução dos conhecimentos das crianças, verificou-se uma alteração muito significativa ($p < 0,0001$; $gl=11$; $t=-5,348$).

Questão: “E para que é importante a Higiene?”

Da análise desta questão, no Pré-Teste obtiveram-se os resultados que se apresentam seguidamente no gráfico da figura 33. Observando atentamente, há a salientar a grande ausência de respostas (76,2%), bem como uma percentagem de 7,1% para a resposta “Não sei”. Apenas 11,9% das crianças afirmaram que a higiene é importante “para não ficar doente”, uma criança respondeu “Porque sim” (2,4%) e outra “Para crescer” (2,4%).

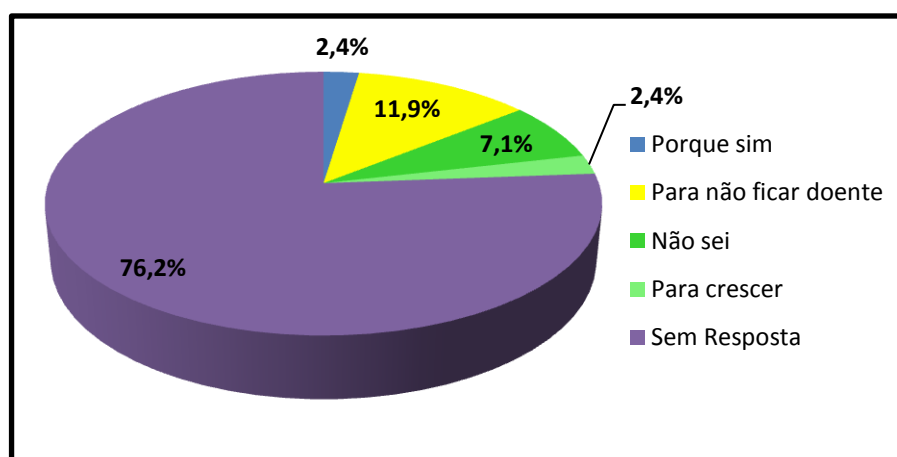


Figura 33 – Importância da Higiene – Pré-Teste

Por sua vez, o Pós-Teste permitiu-nos obter os resultados presentes no gráfico da figura 34. Comparativamente com os dados do Pré-Teste, a atenção recai imediatamente sobre

a ausência de resposta que passa de 76,2% para 7,1%. Para além deste dado, aquando do Pós-Teste, 31% das crianças referem a importância da higiene “**para não ficarem doentes**” e 61,9% “**para ficar limpo**”.

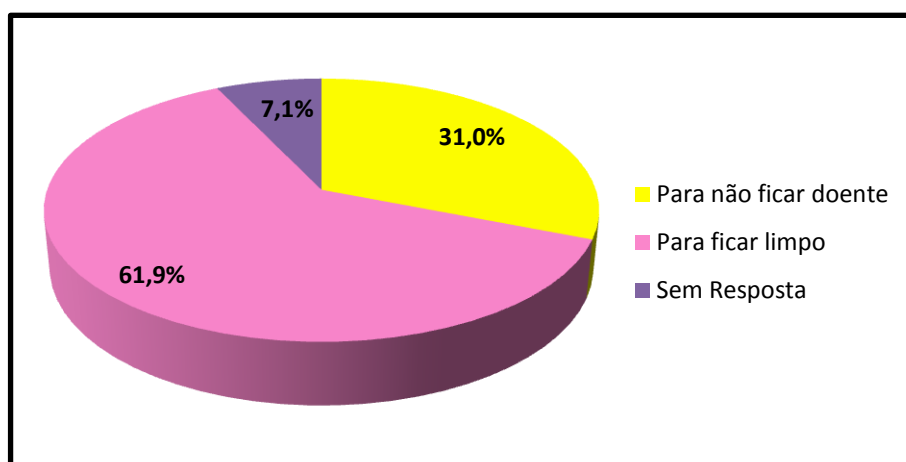


Figura 34 – Importância da Higiene – Pós-Teste

Aparece-nos assim uma nova alteração significativa verificada com o Teste T ($p=0,002$; $gl=8$; $t=-4,500$).

Os resultados referentes às últimas três questões levam-nos a rejeitar a hipótese nula correspondente:

$H_{0,9}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste perante o conceito de higiene e respectiva descrição e importância.

Questão: “É importante Ter o Corpo Limpo?”

Perante esta questão, o Teste T não gerou qualquer valor, o que nos conduz à aceitação da hipótese nula:

$H_{0,10}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação à importância de manter o corpo limpo.

Questão: “Se é importante manter o corpo limpo, porquê?”

Ao contrário da questão precedente, aqui já constatámos alterações através do Teste T, embora estas não sejam significativas. Desta forma, voltamos a aceitar a hipótese nula correspondente:

$H_{0,11}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré e o Pós-Teste quanto aos motivos da importância de manter o corpo limpo.

Questão: “Quando tomas banho?”

Surge-nos de seguida uma alteração referente à frequência e ao momento em que as crianças tomam banho. No Pré-Teste, registaram-se as respostas ilustradas pelo gráfico da figura 35. Destacam-se os 42,9% com a resposta **“uns dias à noite”** e os 35,7% com **“todos os dias à noite”**. Com valores bem inferiores aparecem-nos as respostas **“uns dias à noite e uns dias de manhã”** (9,5%) e **“uns dias de manhã”** (7,1%). Apenas uma criança afirmou tomar banho **“todos os dias de manhã”** (2,4%) e uma outra não respondeu a esta questão.

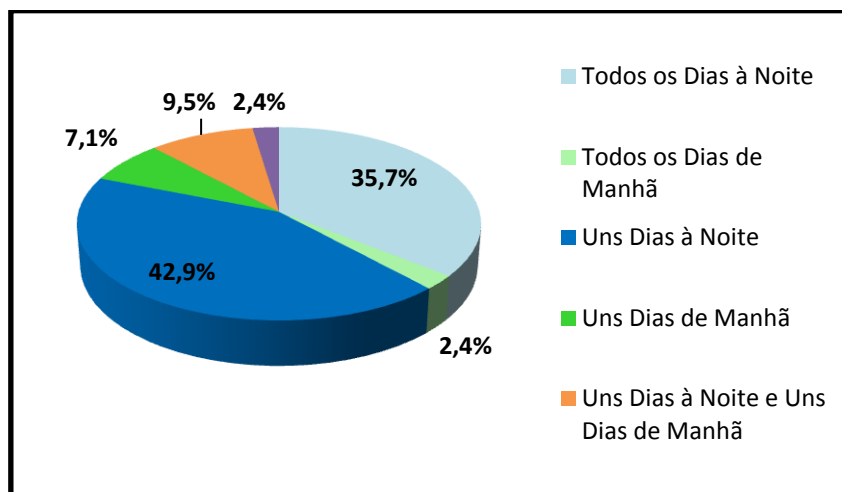


Figura 35 – Comportamento Tomar Banho – Pré-Teste

Explorando os dados do Pós-Teste, podemos visualizar o gráfico da figura 36 que nos apresenta um valor de 50% para a resposta **“todos os dias à noite”**, tendo-se verificado um aumento perante os dados do Pré-Teste. Por sua vez, a resposta **“uns dias à noite”** apenas teve uma percentagem de 35,7%, tendo diminuído em relação ao Pré-Teste. Registou-se igualmente uma diminuição da resposta **“uns dias de manhã”** que passou para 2,4% e um aumento em relação à opção **“todos os dias de manhã”** que alcançou os 11,9%.

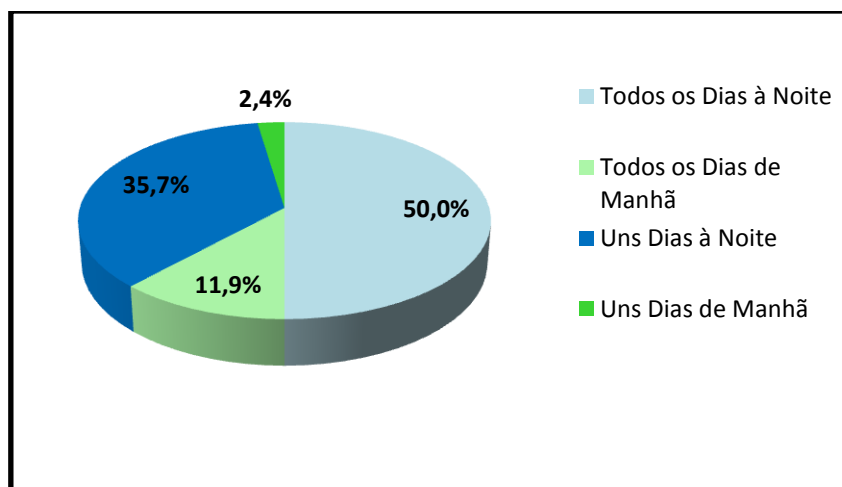


Figura 36 – Comportamento Tomar Banho – Pós-Teste

Submetendo estes dados ao Teste T, temos comprovada uma alteração significativa ($p=0,012$; $gl=40$; $t=2,619$). Rejeitamos a respectiva hipótese nula:

H_{0,12}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face aos momentos e frequência com que as crianças tomam banho.

Questão: “Onde costumam tomar banho?”

Debruçando-nos nesta questão, verificámos, através do Teste T, a existência de alterações estatisticamente não significativas, aceitando-se a hipótese nula:

H_{0,13}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação ao local do banho.

Questão: “Lavas o cabelo todos os dias?”

Segundo o Teste T, encontrámos aqui alterações não significativas entre o Pré e o Pós-Teste, originando a aceitação da hipótese nula relativa a esta questão:

H_{0,14}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito à frequência diária de lavar o cabelo.

Questão: “Se não lavas o cabelo todos os dias, quando lavas?”

Em sequência da pergunta precedente, nesta questão, perante a aplicação do Teste T não obtivemos qualquer valor, aceitando-se a hipótese nula correspondente:

H_{0,15}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que concerne à frequência de lavar o cabelo.

Questão: “Escovas o cabelo todos os dias?”

Debruçar-nos-emos sobre um outro comportamento no qual se detectaram alterações: o acto de **escovar diariamente o cabelo**. Os gráficos das figuras 37 e 38 mostram os resultados. No Pré-Teste, 85,7% das crianças responderam “SIM”, afirmando que escovam o cabelo diariamente. Este valor alcançou depois os 97,6% no Pós-Teste. As respostas negativas – “NÃO” – respeitantes àquelas crianças que não escovam o cabelo todos os dias, diminuíram, passando de 14,3 para 2,4%.

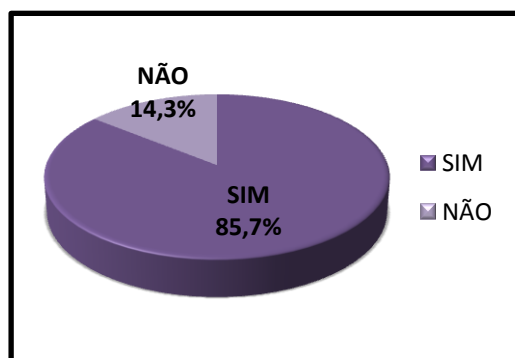


Figura 37 – Comportamento Escovar Cabelo Todos os Dias – Pré-Teste

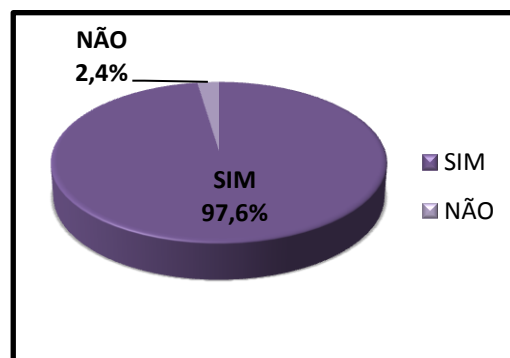


Figura 38 – Comportamento Escovar Cabelo Todos os Dias – Pós-Teste

Tal mudança é significativa segundo o Teste T ($p=0,023$; $gl=41$; $t=2,354$), rejeitando-se a respectiva hipótese nula:

$H_{0,16}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito a frequência diária da escovagem do cabelo.

Questão: “Se não escovas o cabelo todos os dias, quando escovas?”

Surgindo esta questão em sequência da anterior, obtivemos resultados que, perante a aplicação do Teste T, não geraram valores, conduzindo à aceitação da hipótese nula referente:

$H_{0,17}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que se refere à frequência da escovagem do cabelo.

Questão: “Porque é que é importante lavar e escovar o cabelo?”

Progredindo para esta questão aberta obtivemos variadas respostas no Pré e no Pós-Teste. Os gráficos correspondentes, Figuras 39 e 40, ilustram desde logo os resultados.

Tanto no Pré como no Pós-Teste, a resposta que se destaca é **“para não ficar sujo”**, passando esta de 50,0 para 38,1%. Para além desta resposta, há outras duas que são constantes em ambos os gráficos - **“para não ficar com “nós”**-, valor que se altera de 11,9 para 9,5%, e **“para não ficar doente”** que aumenta de 9,5 para 14,3%.

Em relação ao Pré-Teste, estão ainda presentes as respostas **“não sei”** e **“porque a mãe manda”**, ambas com um valor de 9,5%. Surgem depois no Pós-Teste respostas mais completas: **“para não ficar com piolhos”** (7,1%), **“para não ficar sujo e com “nós”** (16,7%) e **“para não ficar com piolhos e com “nós”** (4,8%).

Em ambos os testes, há uma percentagem de 7,1 a registar para a resposta **“outra”** e ainda uma criança (2,4%) que não respondeu a esta questão.

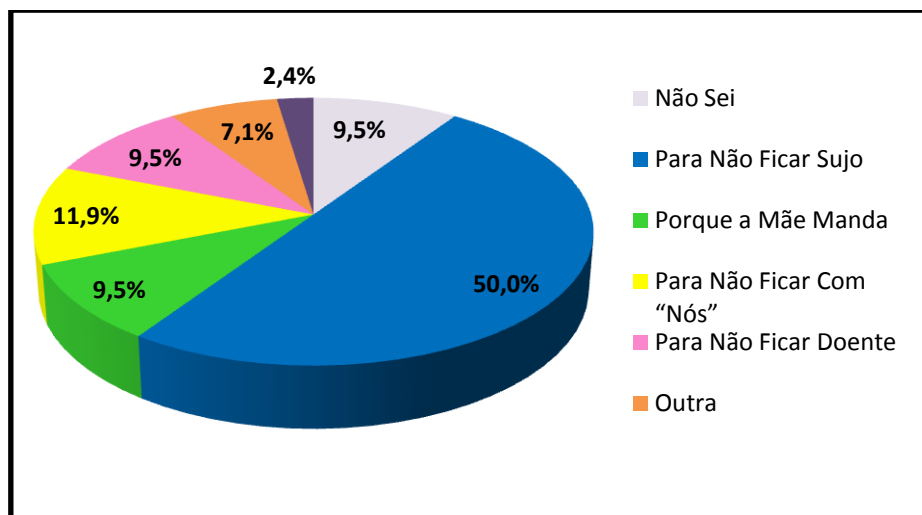


Figura 39 – Importância de Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

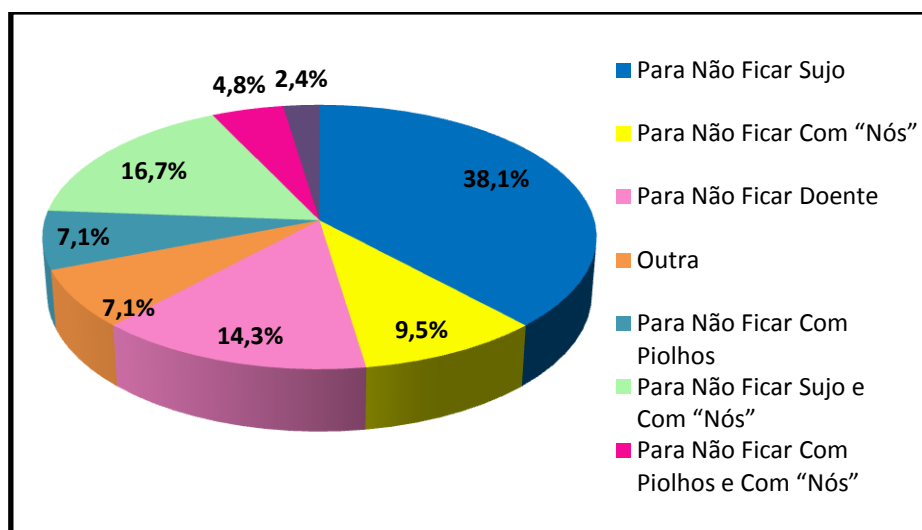


Figura 40 – Importância de Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

A alteração significativa é comprovada pelo Teste T ($p < 0,0001$; $gl=39$; $t=-4,575$), rejeitando-se a respectiva hipótese nula:

$H_{0,18}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste quanto aos motivos da importância de lavar e escovar o cabelo.

Questão: “O que é preciso para tomar banho, lavar e escovar o cabelo?”

Continuando a expor os resultados, alcançamos esta questão onde se destacam as alterações significativas do Pré para o Pós-Teste em três elementos: **“elixir”**; **“copo e escova dos dentes”** e **“pasta de dentes”**.

Em relação à **necessidade de usar elixir**, as respostas ao Pré e ao Pós-Teste organizaram-se da forma visível nos gráficos das figuras 41 e 42. No Pré-Teste, 28,6% das crianças responderam **“SIM”**, afirmando a necessidade de usar elixir para tomar banho, lavar

e escovar o cabelo. Este valor diminuiu para 2,4% posteriormente no Pós-Teste. Ao mesmo tempo, a resposta “NÃO” passou, obviamente, de 71,4 para 97,6%.

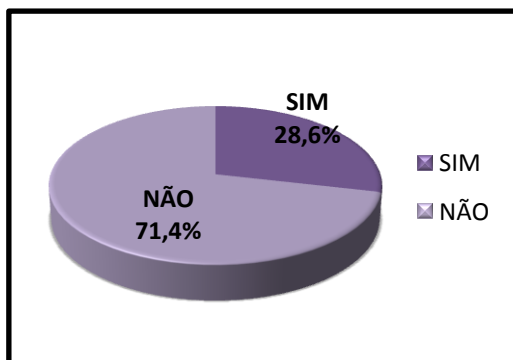


Figura 41 – Necessidade de Elixir para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

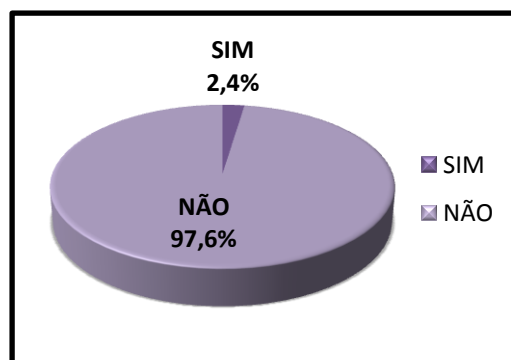


Figura 42 – Necessidade de Elixir para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

Esta mudança, segundo o Teste T tem significado estatístico ($p=0,001$; $gl=41$; $t=-3,417$).

No caso da **necessidade do uso do copo e da escova de dentes**, as respostas apresentaram-se similares (figuras 43 e 44). As respostas que afirmam a necessidade do uso de escova de dentes são traduzidas pelas respostas “SIM”, atingindo no Pré-Teste o valor de 16,7% e no Pós-Teste apenas 2,4%. Por outro lado, verificamos o aumento das respostas “NÃO” de 83,3 para 97,6%.

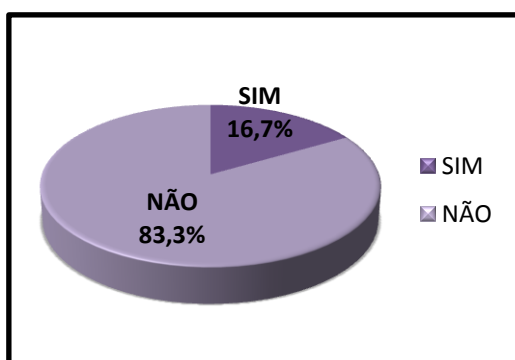


Figura 43 – Necessidade de Copo e Escova de Dentes para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

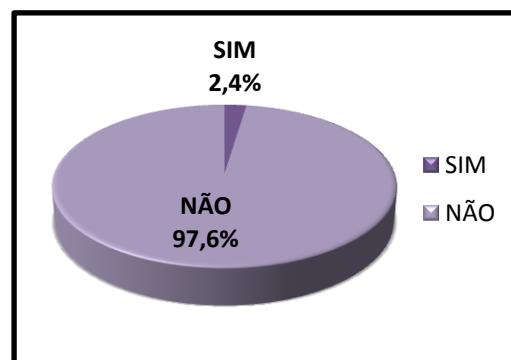


Figura 44 – Necessidade de Copo e Escova de Dentes para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

Comprovamos que a alteração foi significativa com o Teste T ($p=0,012$; $gl=41$; $t=-2,614$).

Para terminar esta questão, há ainda a referir uma mudança com valores relevantes: **a necessidade de usar a pasta de dentes para tomar banho, lavar e escovar o cabelo.**

Mais uma vez, os resultados encontrados são semelhantes aos anteriores, sendo tal facilmente perceptível pelos gráficos das figuras 45 e 46. Tal como se havia verificado anteriormente, as respostas “SIM” sofrem um decréscimo, passando aqui de 21,4 para 2,4%, afirmando estas crianças que necessitam de pasta de dentes para tomar banho, lavar e escovar o cabelo. As respostas “NÃO”, por sua vez, voltam a aumentar, passando de 78,6 para 97,6%.

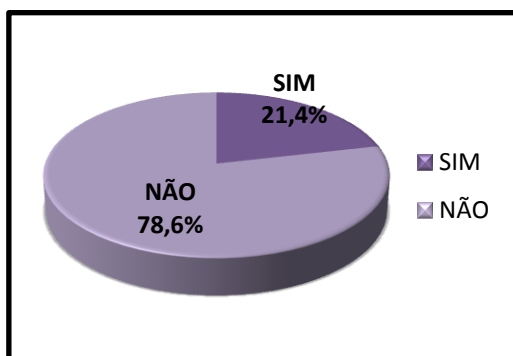


Figura 45 – Necessidade de Pasta para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

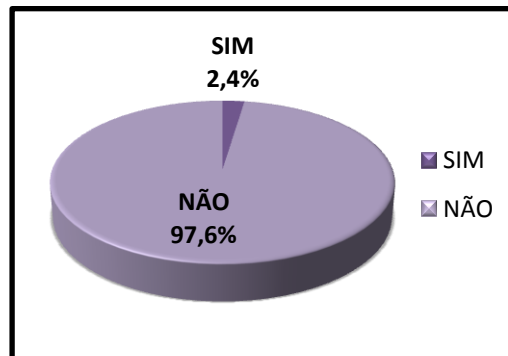


Figura 46 – Necessidade de Pasta para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

O Teste T indica que houve uma modificação significativa ($p=0,003$; $gl=41$; $t=1,000$).

Em relação à **necessidade de usar outros elementos para tomar banho, lavar e escovar o cabelo**, constatámos, através do Teste T, no caso da “**esponja**”, “**sabonete**”, “**shampoo**”, “**gel de banho**” e “**escova de cabelo**” a existência de alterações não significativas. Perante as respostas das crianças sobre a **necessidade de usar toalha para tomar banho, lavar e escovar o cabelo**, o Teste T não gerou qualquer valor.

Explorando os resultados referentes a esta questão, vemos que a hipótese nula - $H_{0,19}$: *Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste perante os elementos necessários para tomar banho, lavar e escovar o cabelo* – é aceite para as opções “**esponja**”; “**toalha**”; “**sabonete**”; “**shampoo**”; “**gel de banho**” e “**escova de cabelo**”. É, ao mesmo tempo, rejeitada para as opções: “**elixir**”; “**copo e escova dos dentes**” e “**pasta dos dentes**”.

Questão: “*Lavas as mãos muitas vezes ao dia?*”

Passando para esta questão verificámos o destaque da resposta “**SIM**” com 90,5% no Pré-Teste (Figura 47) e seguidamente 100% no Pós-Teste (Figura 48). Consequentemente, as respostas “**NÃO**” (7,1%) e “**Não Sei**” (2,4%) do Pré-Teste passaram para valor zero no Pós-Teste.

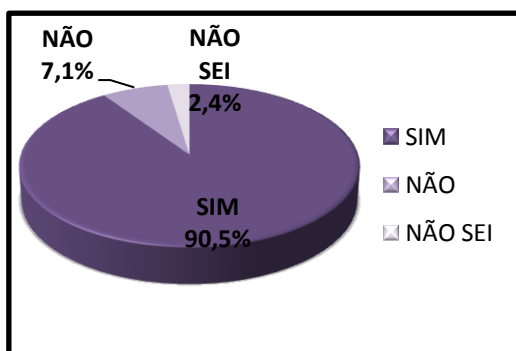


Figura 47 – Comportamento Lavar as Mãos Muitas Vezes – Pré-Teste

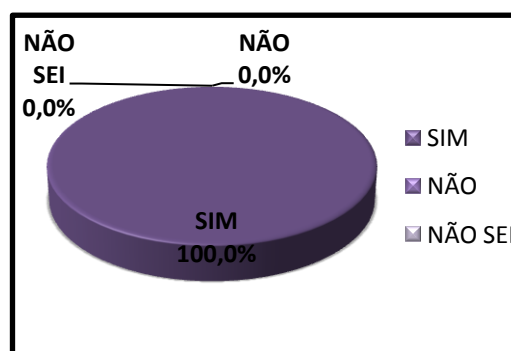


Figura 48 – Comportamento Lavar as Mãos Muitas Vezes – Pós-Teste

Ao aplicar o Teste T verificamos que os resultados, embora ultrapassem o nível de significância definido ($p < 0,050$), estão ainda bastante próximos do mesmo ($p=0,058$; $gl=41$; $t=1,952$), pelo que as mudanças respeitantes a este comportamento também são de considerar.

Questão: “Lavas as mãos muitas vezes ao dia porquê?”

Nesta questão em sequência da anterior, deparamo-nos, através do Teste T, com alterações não significativas.

Agrupando estas duas últimas questões e atendendo aos resultados obtidos, aceitamos a hipótese referente:

H_{0,20}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação à frequência de lavagem das mãos bem como perante os motivos de tal acção.

Questão: “Quando é que lavas as mãos?”

Avançando pelo questionário, encontramos aqui de novo resultados significativos. As crianças assinalaram diferentes momentos em que praticam esta acção. Destacaram-se dois momentos: “antes de comer” e “depois de ir à casa de banho”.

Em relação ao momento “antes de comer”, no Pré-Teste, defrontamo-nos com uma maioria de 88,1% de crianças a declararem lavar as mãos antes de comer, assinalando a resposta “SIM”, uma menor percentagem de 9,5% assinalando a resposta “NÃO” e um mínimo de 2,4% sem resposta. Estes dois últimos valores anulam-se no Pós-Teste, alcançando a resposta “SIM” o máximo de 100%. Os gráficos das figuras 49 e 50 reflectem estes dados.

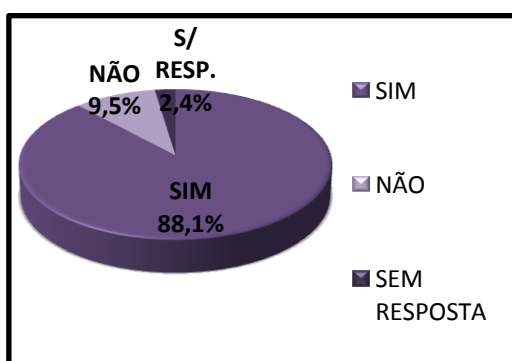


Figura 49 – Comportamento Lavar as Mãos Antes de Comer – Pré-Teste

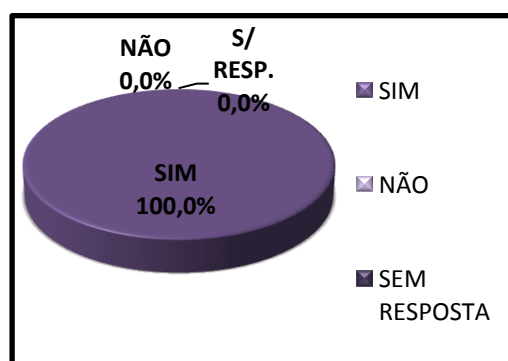


Figura 50 – Comportamento Lavar as Mãos Antes de Comer – Pós-Teste

Explorando os dados aplicando o Teste T, verificamos que houve uma variação significativa ($p=0,044$; $gl=40$; $t=-2,080$).

No que diz respeito ao momento **“depois de ir à casa de banho”**, a informação recolhida junto das crianças foi a que se pode observar nos gráficos das figuras 51 e 52.

No Pré-Teste 81,0% das crianças respondeu **“SIM”**, dizendo lavar as mãos depois de ir à casa de banho, aumentando esta percentagem para 97,6% no Pós-Teste. Em relação à resposta negativa – **“NÃO”** – 16,7% das crianças assinalou-a no Pré-Teste, dizendo que não lava as mãos depois de ir à casa de banho, diminuindo esta percentagem no Pós-Teste para o mínimo de 2,4%. A alternativa sem resposta ainda registou uma percentagem de 2,4 % no Pré-Teste, acabando por se anular posteriormente.

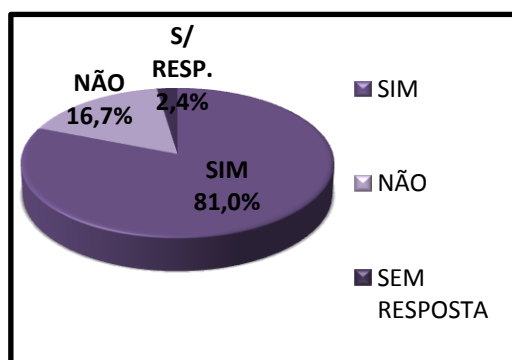


Figura 51 – Comportamento Lavar as Mãos Depois de Ir ao WC – Pré-Teste

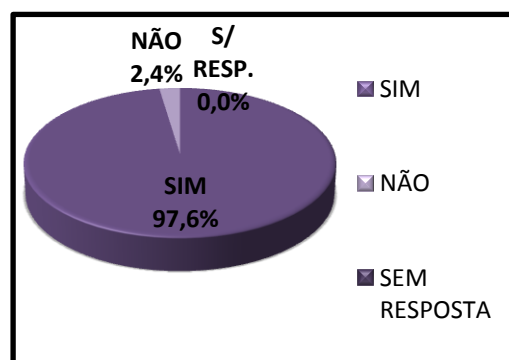


Figura 52 – Comportamento Lavar as Mãos Depois de Ir ao WC – Pós-Teste

O Teste T indica-nos que esta mudança foi significativa ($p=0,032$; $gl=40$; $t=2,221$).

Nas restantes opções de resposta a esta questão – **“ao acordar”**; **“ao deitar”**; **“depois de comer”**; **“antes de ir à casa de banho”** e **“outro momento”** – encontrámos alterações não significativas.

Olhando para os resultados obtidos, aceitamos a hipótese nula - $H_{0,21}$: *Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito aos momentos de lavagem das mãos* – para as opções **“acordar”**, **“deitar”**, **“depois de comer”**; **“antes de ir à casa de banho”** e **“outro”**, rejeitando-se a mesma nas restantes opções: **“antes de comer”** e **“depois de ir à casa de banho”**.

Questão: **“É importante manter a boca limpa?”**

Perante os resultados a esta pergunta, o Teste T não originou qualquer valor, aceitando-se a hipótese nula respectiva:

$H_{0,22}$: *Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que se refere à importância de manter a boca limpa.*

Questão: “Para que serve a boca?”

Esta questão aborda as funções da boca, sendo que, à semelhança de questões precedentes, as crianças assinalaram as respostas que consideraram correctas. Da passagem do Pré para o Pós-Teste denotaram-se mudanças significativas em quatro opções de resposta: “brincar e saltar”; “cheirar”; “ouvir” e “ver”.

Na opção “**brincar e saltar**”, as crianças responderam como mostram os gráficos das figuras 53 e 54. Traduzindo a informação gráfica, no Pré-Teste as respostas das crianças dividiram-se, havendo 50% de respostas afirmativas – “SIM” – e 50% de respostas negativas – “NÃO”. No Pós-Teste, este equilíbrio alterou-se, passando a maioria das crianças a considerar que a boca não serve para brincar e saltar (97,6%). Apenas um mínimo de 2,4% - uma criança – respondeu que a boca serve para brincar e saltar.

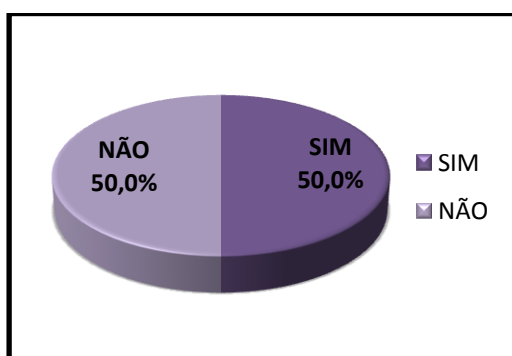


Figura 53 – Necessidade da Boca Para Brincar e Saltar – Pré-Teste

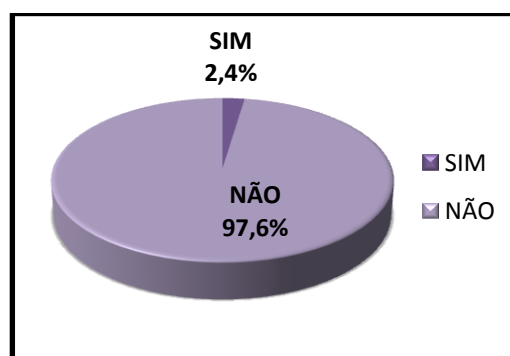


Figura 54 – Necessidade da Boca Para Brincar e Saltar – Pós-Teste

A variação bastante significativa, além de facilmente evidenciada pelos gráficos, é também verificada com os valores recolhidos da análise efectuada pelo Teste T ($p < 0,0001$; $gl=41$; $t=-6,105$). Focando a atenção na alternativa “**cheirar**”, as respostas das crianças são traduzidas pelos gráficos das figuras 55 e 56. No Pré-Teste 35,7% das crianças responderam “SIM”, declarando que a boca serve para cheirar, diminuindo posteriormente este valor para apenas 2,4%. As respostas negativas – “NÃO” – aumentaram bastante, passando de 64,3 para 97,6%.

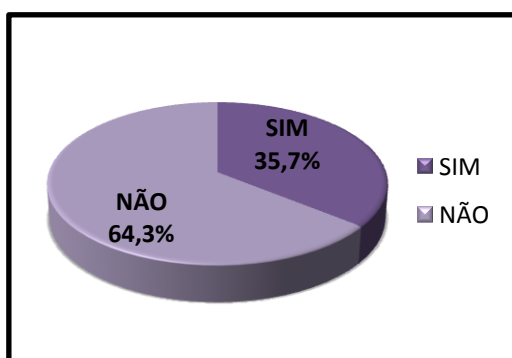


Figura 55 – Necessidade da Boca Para Cheirar – Pré-Teste

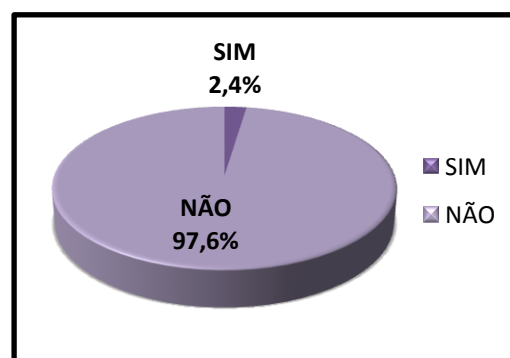


Figura 56 – Necessidade da Boca Para Cheirar – Pós-Teste

Perante estes valores, com o Teste T averiguamos que houve mudanças significativas ($p < 0,0001$; $gl=41$; $t=-4,528$).

Na opção seguinte – “**ouvir**” – registamos igualmente grande variação, como facilmente comprovamos com a leitura dos gráficos das figuras 57 e 58. No Pré-Teste a maioria das crianças (52,4%) respondeu “**SIM**”, dizendo que a boca serve para ouvir, valor este que se anulou no Pós-Teste. Desta forma, as respostas negativas – “**NÃO**” – cresceram de 47,6% até atingirem o valor máximo de 100%.

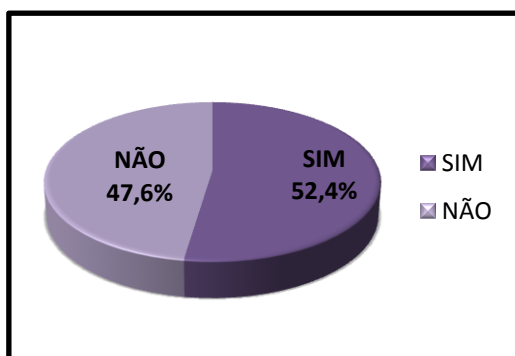


Figura 57 – Necessidade da Boca Para Ouvir – Pré-Teste

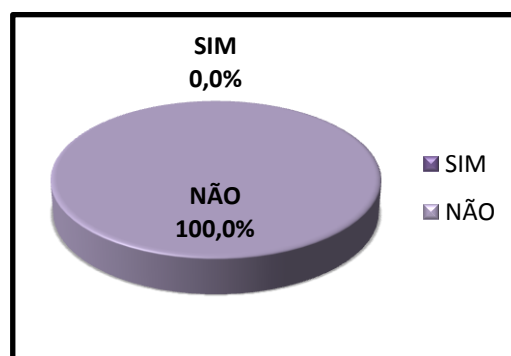


Figura 58 – Necessidade da Boca Para Ouvir – Pós-Teste

Aplicando o Teste T, constatamos uma alteração bastante significativa ($p < 0,0001$; $gl=41$; $t=-6,716$).

Na opção “**ver**” notaram-se igualmente alterações relevantes, à qual estão associados os seguintes gráficos das figuras 59 e 60.

Olhando atentamente, é facilmente visível que estes resultados são idênticos aos obtidos para a opção de resposta “brincar e saltar”. Assim, mais uma vez, no pré-teste metade das crianças respondeu “**SIM**”, declarando que necessita da boca para ver, enquanto a outra metade respondeu justamente o contrário. No Pós-Teste, surgiu-nos uma maioria (97,6%) de respostas negativas – “**NÃO**” – e um mínimo (2,4%) de respostas afirmativas – “**SIM**”.

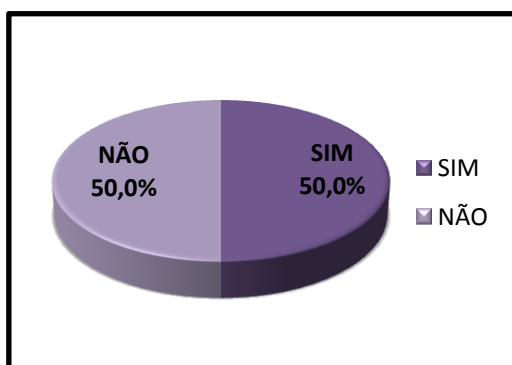


Figura 59 – Necessidade da Boca Para Ver – Pré-Teste

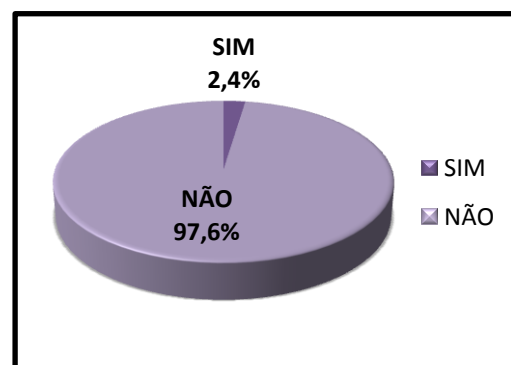


Figura 60 – Necessidade da Boca Para Ver – Pós-Teste

Da leitura dos gráficos já se depreende uma alteração significativa. No entanto, ela é corroborada pelo resultado do Teste T: $p < 0,0001$; $gl=41$; e $t=-5,594$.

Ainda nesta questão, perante as opções de resposta – “beijar”; “rir” e “fazer caretas” constatámos, com o Teste T, alterações não significativas. Para as restantes opções – “beber”; “mastigar/comer” e “falar” – o Teste T não gerou qualquer valor comparativo.

A hipótese nula formulada relativamente a esta questão - $H_{0,23}$: *Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face às funções da boca* – é, portanto, rejeitada para as opções “brincar e saltar”; “cheirar”; “ouvir” e “ver” e aceite para as restantes: “beber”; “mastigar/comer”; “beijar”; “rir”; “fazer caretas” e “falar”.

Questão: “O que existe dentro da boca?”

Avançando para uma questão mais directamente ligada à higiene oral, um olhar breve pelos gráficos das figuras 61 e 62 permite-nos, desde logo, observar respostas diferentes no Pré e no Pós-Teste, sendo que as últimas se encontram mais completas, referindo maior número de elementos existentes na boca.

No gráfico relativo ao Pré-Teste (Figura 61), observamos um valor dominante de 54,8% com a resposta “dentes e língua”. Destaca-se também a resposta “dentes” com 26,2% e a resposta “língua” com 7,1%. As restantes respostas com apenas 2,4% cada encontram-se designadas como “não sei”; “nada”; “dentes, língua, lábios e garganta” e “dentes, língua e gengivas”.

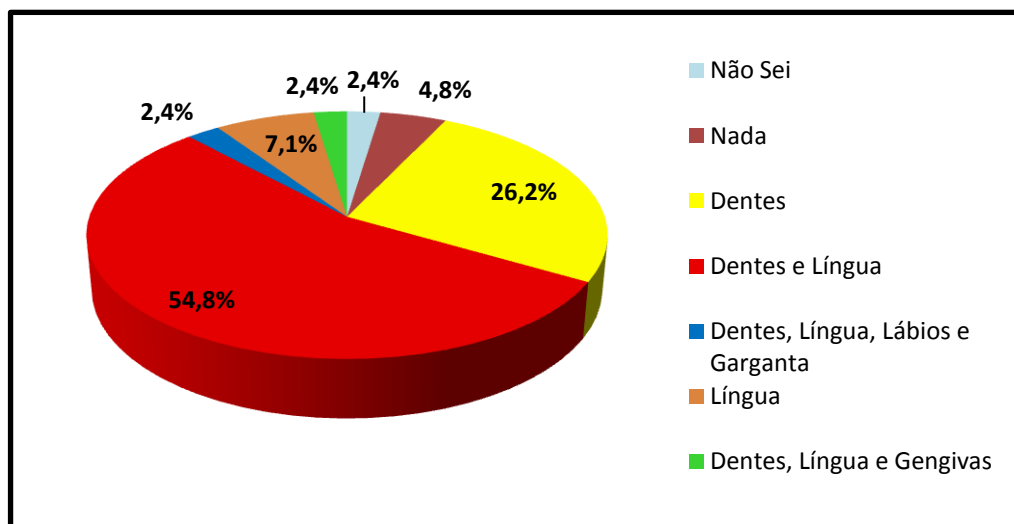


Figura 61 – Constituintes da Boca – Pré-Teste

Esta última resposta, “dentes, língua e gengivas” aparece igualmente no Pós-Teste (Figura 62), aumentando a sua percentagem de 2,4 para 7,1%. Também a resposta: “dentes, língua, lábios e garganta” continua a aparecer no Pós-Teste, permanecendo com 2,4%. Verifica-se ainda que a resposta “dentes” diminui bastante atingindo o mínimo de 2,4%, ao mesmo tempo que “dentes e língua” alcança os 76,2%. Para além destas respostas, surgiram

ainda outras: “**dentes, língua e lábios**” (4,8%); “**dentes, língua e céu-da-boca**” (4,8%) e “**dentes, língua, céu-da-boca e gengivas**” (2,4%).

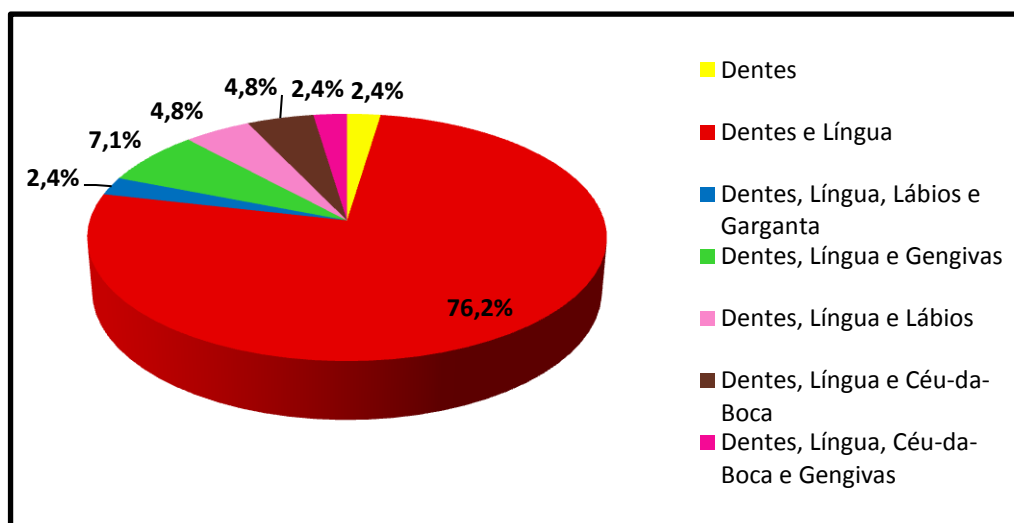


Figura 62 – Constituintes da Boca – Pós-Teste

A variação ocorrida é relevante, o que é demonstrado pelos valores registrados com o Teste T ($p=0,003$; $gl=41$; $t=-3,135$). Rejeita-se a hipótese nula correspondente:

H_{0,24}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que concerne os constituintes da boca.

Questão: “*Para que servem os dentes?*”

Esta questão envolveu, tal como a anterior, respostas diversificadas por parte das crianças. Tais percentagens de respostas são apresentadas nos gráficos das figuras 63 e 64, correspondentes ao Pré e Pós-Teste respectivamente.

Analisando a informação gráfica, tanto no Pré como no Pós-Teste destaca-se a resposta “**para comer/mastigar**” que passa de 52,4 para 61,9%. No Pré-Teste, sobressai igualmente a resposta “**para lavar**” com 26,2%, que diminui depois para 7,1%. Como resposta comum aos dois gráficos surge também “**para comer e lavar**”, cujos valores se alteram de 7,1 para 9,5%. Ainda no Pré-Teste encontramos as respostas “**não sei**” (11,9%) e “**para falar e lavar**” (2,4%).

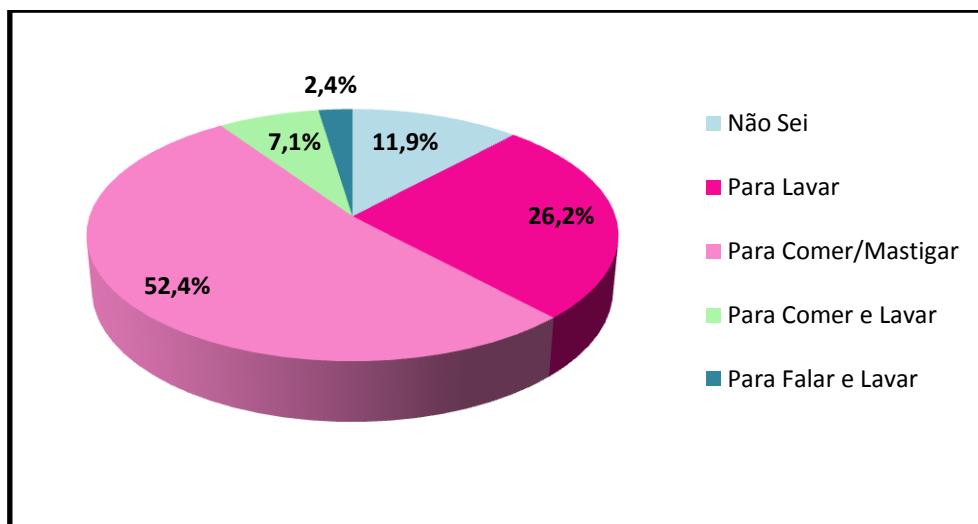


Figura 63 – Função dos Dentes – Pré-Teste

No Pós-Teste (Figura 64), as respostas entrecruzam-se um pouco, resultando as subsequentes respostas: “**para comer e beber**” (4,8%), “**para comer, lavar e falar**” (2,4%) e “**para comer, lavar e outros**” (11,9%). Surge ainda um valor mínimo sem resposta (2,4%).

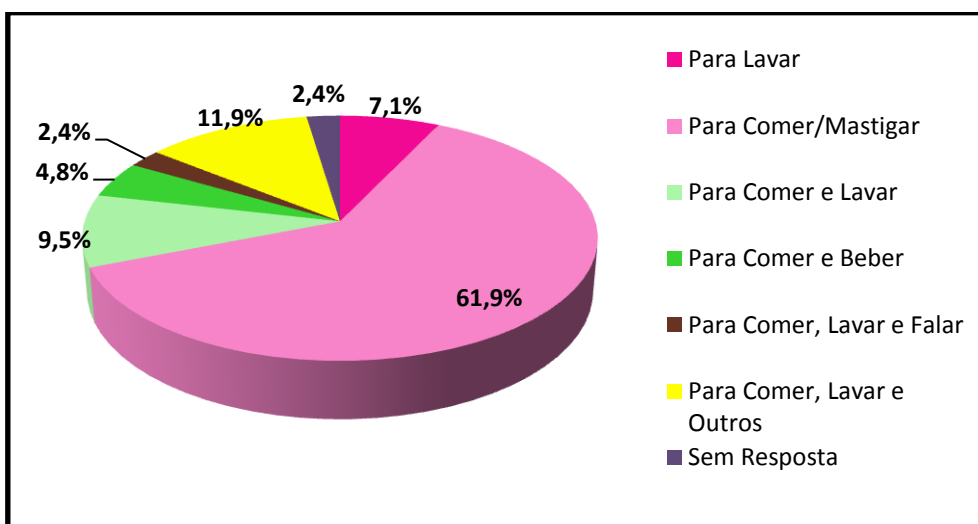


Figura 64 – Função dos Dentes – Pós-Teste

São notórias as diferenças do Pré para o Pós-Teste. Esta variação é comprovada pelo Teste T, indicando que tais diferenças são estatisticamente significativas ($p < 0,0001$; $gl=40$; $t=-4,219$). Tal leva-nos a rejeitar a hipótese nula respectiva:

H_{0,25}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste acerca das funções dos dentes.

Questão: “Os dentes são todos iguais, têm a mesma forma ou tamanho?”

Avançando, registamos igualmente uma grande alteração do Pré para o Pós-Teste nesta questão. Se no Pré-Teste se obteve uma maioria de respostas afirmativas – “**SIM**” –

com 69,0% e apenas uma minoria de respostas negativas – “NÃO” com 26,2%, estas percentagens modificaram-se totalmente no Pós-Teste, verificando-se que 90,5% das crianças responderam “NÃO” e somente 9,5% mantiveram a resposta “SIM”.

No Pré-Teste, constatou-se ainda uma percentagem de 4,8% que respondeu “não sei”, valor que se anulou depois no Pós-Teste. Esta descrição dos resultados pode ser observada nos gráficos das figuras que se seguem (65 e 66):

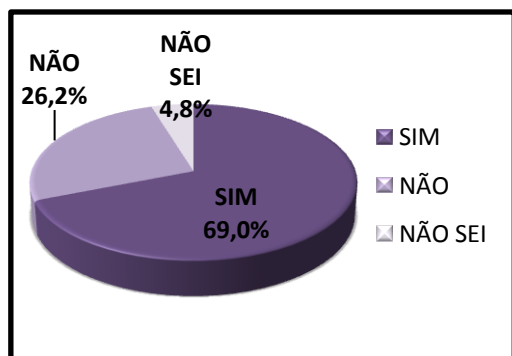


Figura 65 – Forma e Tamanho de Dentes Todos Iguais – Pré-Teste

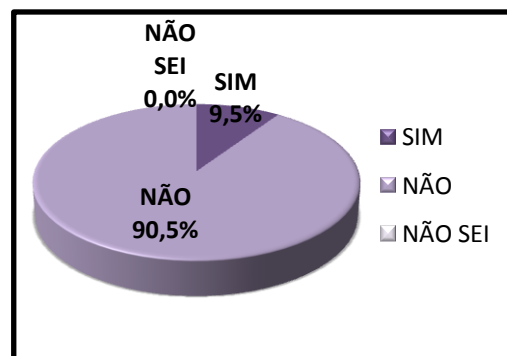


Figura 66 – Forma e Tamanho de Dentes Todos Iguais – Pós-Teste

Para além da óbvia comprovação gráfica desta alteração, o Teste T permitiu-nos encontrar uma fiel confirmação de que a mesma é significativa: $p < 0,0001$; $gl=41$; $t=-5,987$. Isto conduz-nos ao mesmo tempo a rejeitar a referente hipótese nula:

$H_{0,26}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste acerca da forma ou tamanho dos dentes.

Questão: “Os dentes têm nomes diferentes?”

Nesta pergunta também se registaram variações de resposta, ainda que não tão proeminentes. Os gráficos das figuras 67 e 68 ilustram a informação recolhida.

Do Pré para o Pós-Teste evidencia-se o aumento da resposta “SIM” de 14,3 para 42,9% e o decréscimo da resposta “NÃO” de 76,2 para 54,8%. Há a registar igualmente a resposta “Não Sei” com percentagens de 9,5% no primeiro teste, diminuindo de seguida para 2,4%.

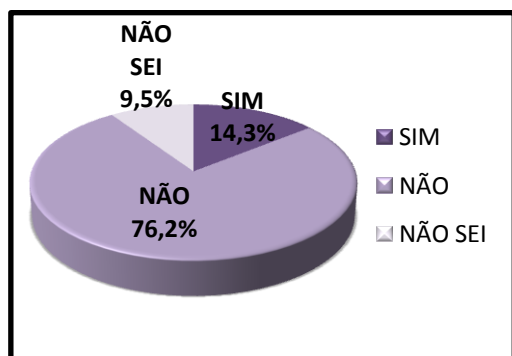


Figura 67 – Designação Dentes Diferente – Pré-Teste

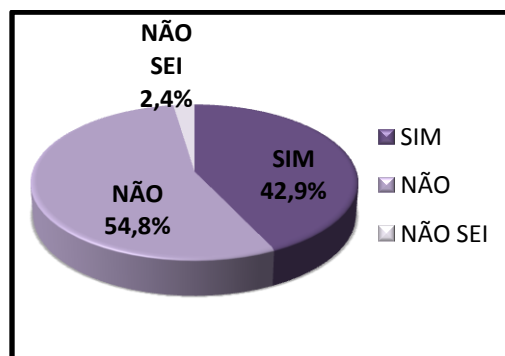


Figura 68 – Designação Dentes Diferente – Pós-Teste

O Teste T explicita uma modificação significativa ($p=0,001$; $gl=41$; $t=3,747$), originando a rejeição da hipótese nula em questão:

$H_{0,27}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação ao conhecimento da designação nominal dos dentes.

Questão: “Se os dentes têm nomes diferentes, quais são?”

Interrogando as crianças sobre os nomes dos dentes, alcançamos respostas que, perante a aplicação do Teste, não geraram qualquer valor, daí que se aceite a hipótese nula referente à questão:

$H_{0,28}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face à atribuição dos nomes dos dentes.

Questão: “É importante lavar os dentes?”

Em relação a esta questão, todas as crianças responderam “SIM” tanto no Pré como no Pós-Teste, pelo que o Teste T não originou qualquer valor de comparação, aceitando-se a hipótese nula correspondente:

$H_{0,29}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação à importância de lavar os dentes.

Questão: “Se é importante lavar os dentes, porque?”

Os resultados relativos a esta pergunta evidenciam-se graficamente nas figuras 69 e 70. Traduzindo esta informação gráfica, no Pré-Teste (Figura 69) verificamos a existência de algumas respostas pouco justificativas da questão: “não sei” (9,5%); “porque sim” (11,9%) e “porque a mãe manda” (4,8%). Junto a estas, aparece outra que nos parece denotar maior conhecimento do assunto a que a questão se reporta, que é “para comer e crescer” atingindo um valor de 4,8%. Todas estas possibilidades de resposta se anularam no Pós-Teste. No

entanto, a resposta que mais se destacou foi **“porque senão ficam podres”** registando o valor de 64,3% no Pré-Teste e de 59,5% no Pós-Teste. Houve mais uma resposta comum a ambos os momentos - **“para não ficarmos doentes”** -, cujo valor se manteve inalterado (4,8%).

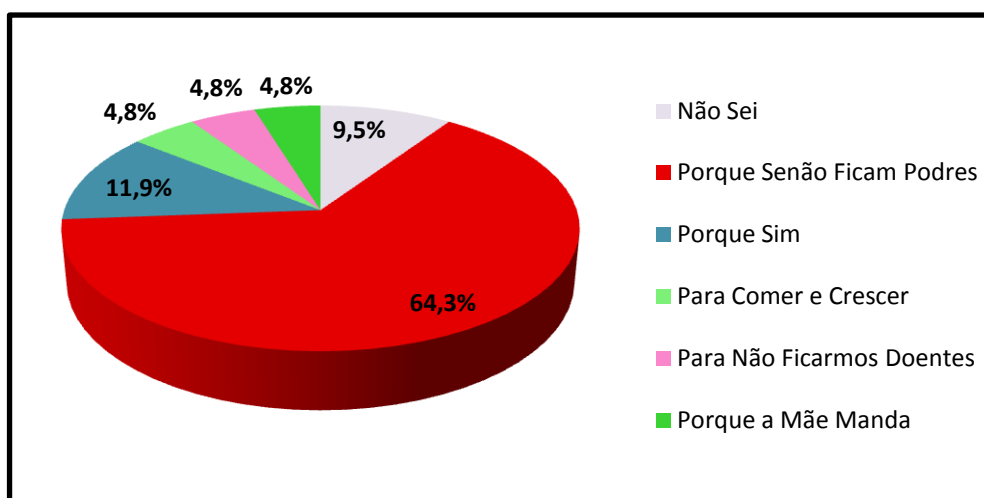


Figura 69 – Motivos da Importância da Escovagem dos Dentes – Pré-Teste

No Pós-Teste (Figura 70), surgiram respostas mais elaboradas, tais como **“para não ficar com micróbios”** (26,2%) e **“para não ficarmos com cáries”** (7,1%). Verificou-se ainda um mínimo de 2,4% sem resposta.

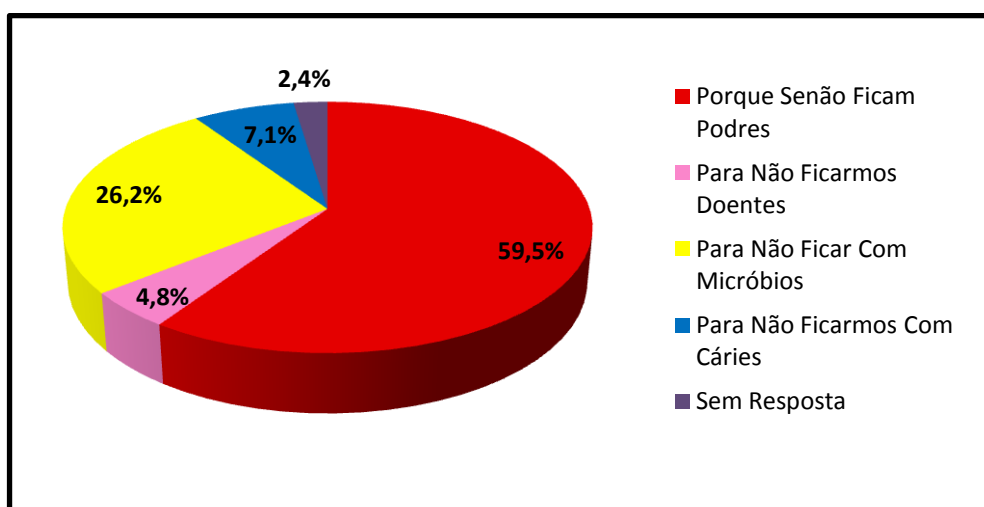


Figura 70 – Motivos da Importância da Escovagem dos Dentes – Pós-Teste

Face a estes valores a aplicação do Teste T possibilitou-nos a informação de que houve mudanças significativas ($p < 0,0001$, $gl=40$; $t=-3,826$), rejeitando-se a respectiva hipótese nula:

H_{0,30}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste quanto aos motivos da importância de lavar os dentes.

Questão: “O que é preciso para lavar os dentes?”

Esta questão relativa aos materiais necessários para a escovagem dos dentes, à semelhança de muitas outras anteriores, apresentava um conjunto de opções para as crianças assinalarem as respostas. A única opção de resposta em que se notou uma variação relevante entre o Pré e o Pós-teste foi o **“fio dentário”**. Os dados relativos a este elemento podem ser observados nos gráficos das figuras 71 e 72.

No Pré-Teste, 64,3% das crianças responderam **“NÃO”**, afirmando não necessitar do fio dentário para lavar os dentes, passando este valor para 42,9% no Pós-Teste. Já as percentagens relativas às respostas afirmativas – **“SIM”** – aumentaram de 35,7 para 57,1%, declarando estas crianças a necessidade do fio dentário para lavar os dentes.

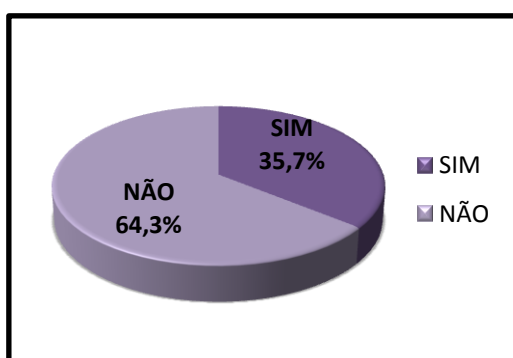


Figura 71 – Necessidade de Fio Dentário Para Escovar os Dentes – Pré-Teste

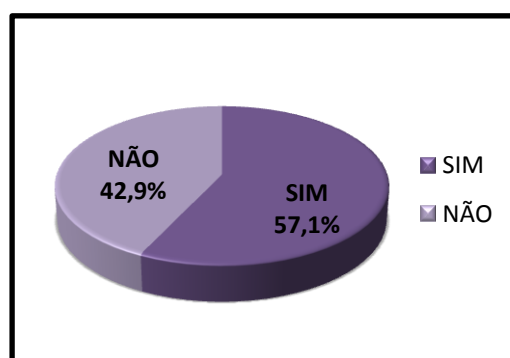


Figura 72 – Necessidade de Fio Dentário Para Escovar os Dentes – Pós-Teste

Com a aplicação do Teste T, constatou-se que esta mudança foi significativa ($p=0,037$; $gl=41$; $t=2,152$).

Ainda nesta questão, é relevante dirigir a nossa atenção para a opção **“toalha”**, sendo possível visualizar as respostas do grupo de crianças que integrou a amostra nos gráficos das figuras 73 e 74.

Traduzindo a informação gráfica, do Pré para o Pós-Teste, as respostas negativas – **“NÃO”** – aumentaram de 54,8 para 71,4%, enquanto as afirmativas – **“SIM”** – decresceram de 45,2 para 28,6%.

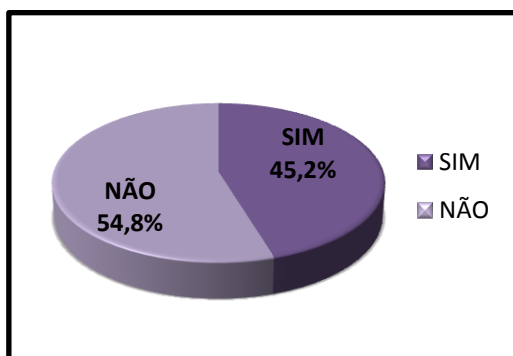


Figura 73 – Necessidade de Toalha Para Escovar os Dentes – Pré-Teste

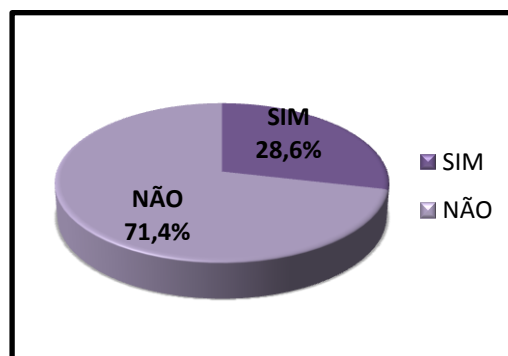


Figura 74 – Necessidade de Toalha Para Escovar os Dentes – Pós-Teste

Aqui constata-se uma alteração muito próxima do nível de significância, tal como demonstram os valores originados pelo Teste T ($p=0,051$; $gl=41$; $t=-2,011$), o que nos leva a ter em conta também esta mudança nas concepções das crianças.

As opções de resposta “esponja”; “elixir”; “sabonete”; “pasta dos dentes”; “gel de banho” e “escova de cabelo” apresentam variações não significativas, segundo a aplicação do Teste T.

Por sua vez, na opção “copo e escova de dentes”, tanto no Pré como no Pós-Teste, todas as crianças responderam afirmativamente – “SIM” – não havendo alterações, pelo que o Teste T não gerou valores.

Com estes resultados, a hipótese nula referente a esta questão – $H_{0,31}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste perante os elementos necessários para lavar os dentes – é rejeitada para a opção “fio dentário” e aceite para todas as restantes opções de resposta.

Questão: “Quantas vezes lavas os dentes por dia?”

Caminhando para questões cada vez mais específicas da higiene oral, ao perguntar às crianças o número de escovagens dos dentes por dia, entre o Pré e o Pós-Teste apenas se registaram variações não significativas.

Tal leva-nos a aceitar a hipótese nula referente:

$H_{0,32}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face à frequência da escovagem dos dentes.

Questão: “Quando escovas os dentes?”

Nesta questão apresentam-se diferenças significativas entre o Pré e o Pós-Teste, sendo tal visível nos seguintes gráficos das figuras 75 e 76.

Interpretando os resultados, tanto no Pré como no Pós-Teste, a grande maioria das crianças respondeu que lavava os dentes ao **“acordar e deitar”**, correspondendo os valores de 76,2% e 78,3% a cada teste, respectivamente.

Enquanto no Pré-Teste 14,3% das crianças afirmaram lavar os dentes apenas ao **“deitar”**, este valor já diminuiu para 11,9% no Pós-Teste. Registaram-se ainda, no Pré-Teste, outras respostas, como **“acordar”** (4,8%) e **“depois de comer”** (2,4%). Houve também um mínimo de 2,4% sem resposta. No Pós-Teste, para além das opções de resposta mencionadas previamente, surgiu também uma opção de resposta mais completa **“acordar, deitar e depois de comer”** com 9,5%.

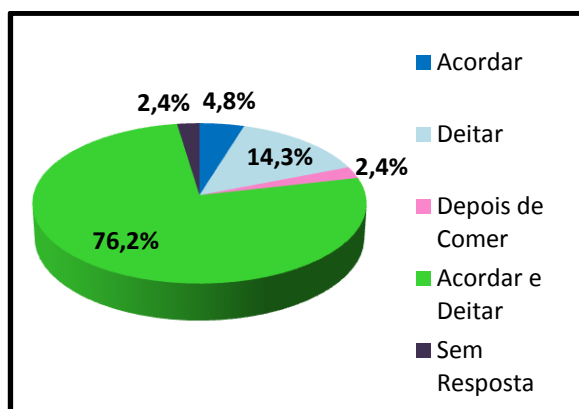


Figura 75 – Momentos de Escovagem – Pré-Teste

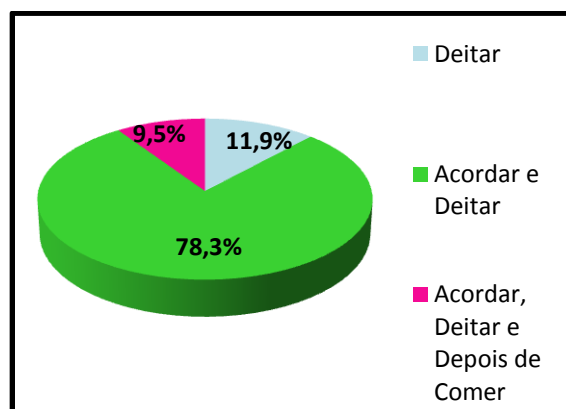


Figura 76 – Momentos de Escovagem – Pós-Teste

Aplicando o Teste T, da sua análise constatamos que estas alterações têm carácter significativo ($p=0,028$; $gl=40$; $t=-2,286$), rejeitando-se a hipótese nula:

$H_{0,33}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação aos momentos de escovagem dos dentes.

Questão: **“Quem te ensinou a lavar os dentes?”**

Continuando a procurar alterações significativas, induzidas pela intervenção que concretizámos, deparamo-nos com os resultados obtidos nesta questão. Aqui, na passagem do Pré para o Pós-Teste, as crianças alteraram as suas respostas, tal como é perceptível pelos gráficos das figuras seguintes (77 e 78).

Atentando no grafismo, reparamos que a resposta **“mãe”** é predominante tanto no Pré-Teste (73,8%) como no Pós-Teste (54,8%). A opção **“pai”** também aparece, embora com valores muito mais baixos: 7,1% no caso do Pré-Teste e apenas 2,4% no Pós-Teste. Todavia, no Pós-Teste podemos constatar o surgimento da resposta **“mãe e pai”** (28,6%) que parece contribuir para a redução da acção predominante da mãe no Pré-Teste. Outra nova resposta no Pós-teste foi **“médico dentista”** (4,8%).

No gráfico correspondente ao Pré-teste apresenta-se também um valor mínimo de 2,4% para as opções “sem resposta” e “ninguém”. Há ainda a registar duas respostas que se mantêm inalteráveis entre os dois testes que são “irmãos” (7,1%) e “tias/tios” (2,4%).

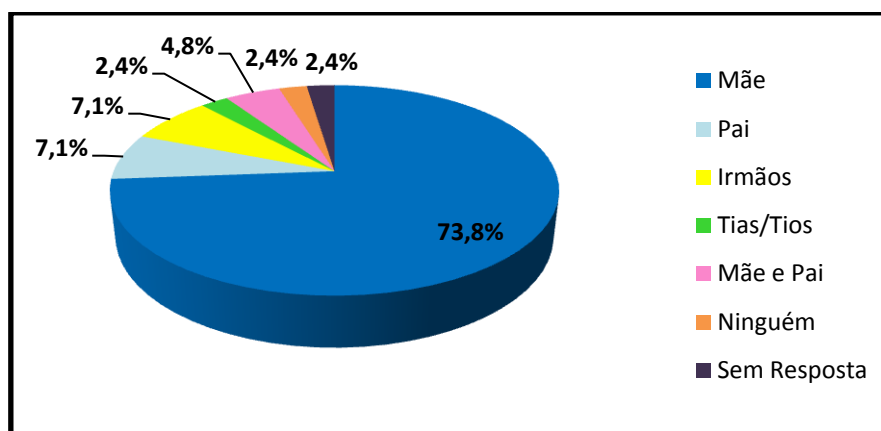


Figura 77 – Aprendizagem do Método de Escovagem dos Dentes – Pré-Teste

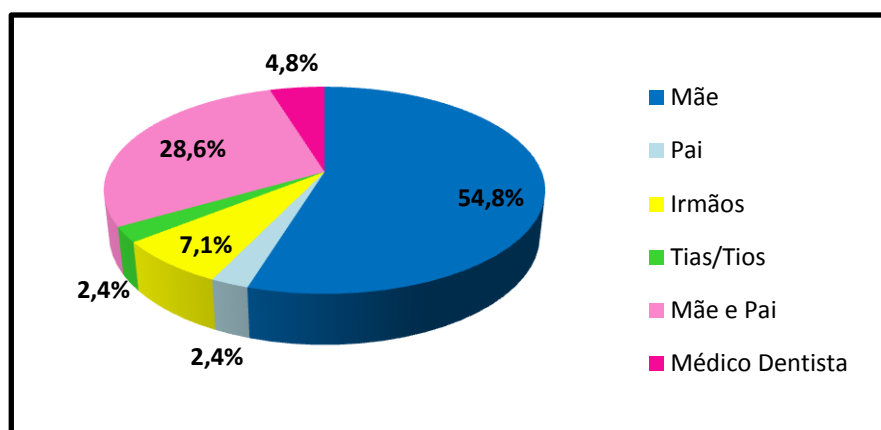


Figura 78 – Aprendizagem do Método de Escovagem dos Dentes – Pós-Teste

Todas estas alterações contribuem para uma variação com significado estatístico, verificada com o Teste T ($p=0,003$; $gl=40$; $t=-3,202$). Rejeita-se a hipótese nula correspondente:

$H_{0,34}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito à pessoa que procede ao ensino do modo de escovagem dos dentes.

Questão: “Costumas escovar os dentes sozinho?”

Progredindo no questionário, detectámos uma outra alteração relevante ao analisar os dados relativos a esta questão, tal como é demonstrado pelos gráficos das figuras 79 e 80.

As respostas afirmativas – “SIM” – aumentaram bastante (de 69,0% no Pré-Teste para 95,2% no Pós-Teste), significando um aumento do número de crianças a escovar os dentes

autonomamente. Por sua vez, a resposta “NÃO” tem uma queda de 28,6 para 4,8%, do mesmo modo que o mínimo de 2,4% sem resposta no Pré-Teste se anula no Pós-Teste.

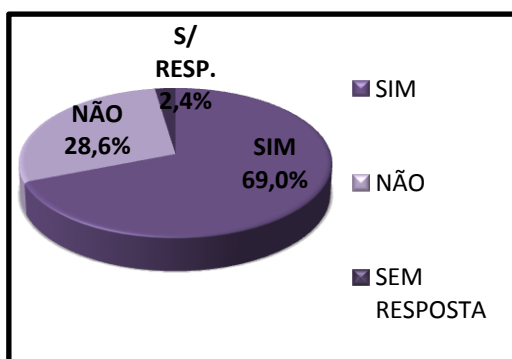


Figura 79 – Escovagem Sem Ajuda – Pré-Teste

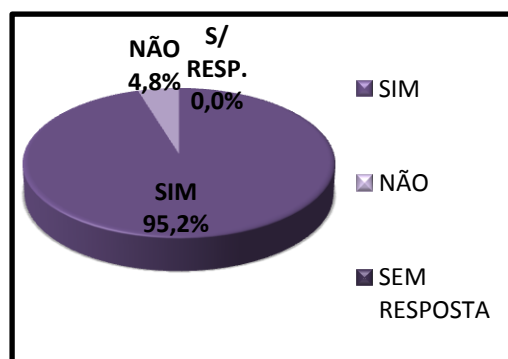


Figura 80 – Escovagem Sem Ajuda – Pós-Teste

A confirmação de que estas alterações atingiram um nível de significância é-nos dada pelo Teste T: $p=0,001$; $gl=40$; e $t=3,592$. Desta forma, rejeitamos a seguinte hipótese nula:

$H_{0,35}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que se refere à autonomia das crianças na escovagem dos dentes.

Questão: “Se não escovas sozinho, quem te ajuda?”

Aqui, aplicando o Teste T às respostas das crianças, não se originaram valores de comparação, o que nos conduz à aceitação da referente hipótese nula:

$H_{0,36}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste quanto à pessoa que auxilia na escovagem dos dentes.

Questão: “Tens uma escova de dentes só para ti?”

Nesta questão, encontrámos respostas, que sujeitas à aplicação do Teste T, não geraram qualquer valor. Tal origina a aceitação da respectiva hipótese nula:

$H_{0,37}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação ao facto de possuir uma escova pessoal e intransmissível.

Questão: “Se tens uma escova de dentes só para ti, porquê?”

Esta pergunta remete-nos para os motivos apresentados pelas crianças para a real necessidade de cada uma ter a sua própria escova. As diferentes respostas obtidas encontram-se nos gráficos das figuras 81 e 82.

Logo no Pré-Teste (Figura 81), as respostas são várias, distribuindo-se assim de forma decrescente “porque os meus pais/irmãos também têm” (50%); “para lavar os meus dentes” (19,0%); “não sei” (11,9%); “porque sim” (7,1%); “porque a minha escova é

pequena” (4,8%) e **“porque não se podem usar escovas de outros”** (2,4%). Existe, também, um valor de 4,8 % **“sem resposta”**.

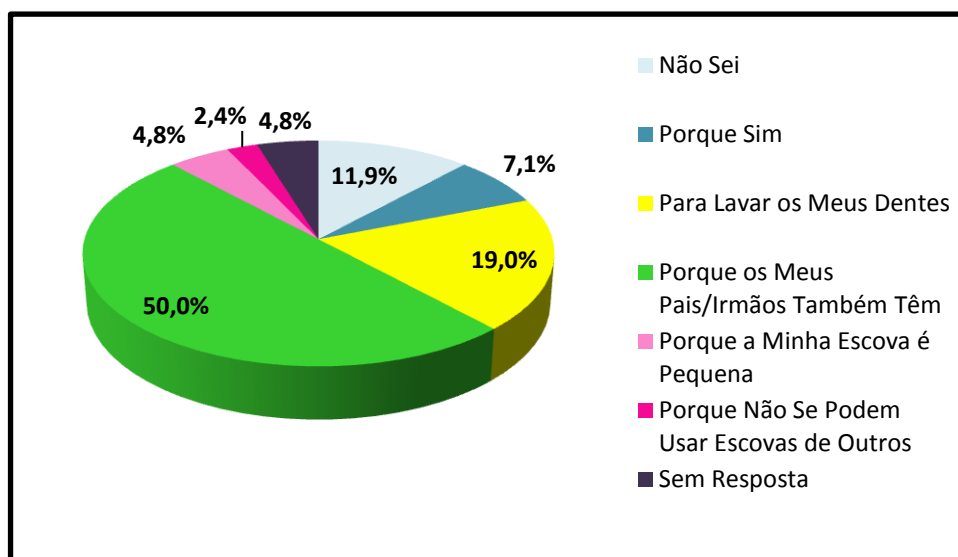


Figura 81 – Motivos do Uso de Escova Individual – Pré-Teste

Atendendo aos dados do Pós-Teste (Figura 82) e comparando com os do Pré Teste, naturalmente se verifica que existem duas respostas em comum: **“porque os meus pais/irmãos também têm”** e **“para lavar os meus dentes”**, tendo ambas diminuído as suas percentagens para 9,5% e 7,1%, respectivamente.

Surgem ainda outras respostas: **“porque não se podem emprestar”** (26,2%) e **“porque não se podem emprestar porque senão ficamos com micróbios”** (47,6%), valores que se destacam muito. Também o valor relativo às **“sem resposta”** aumentou.

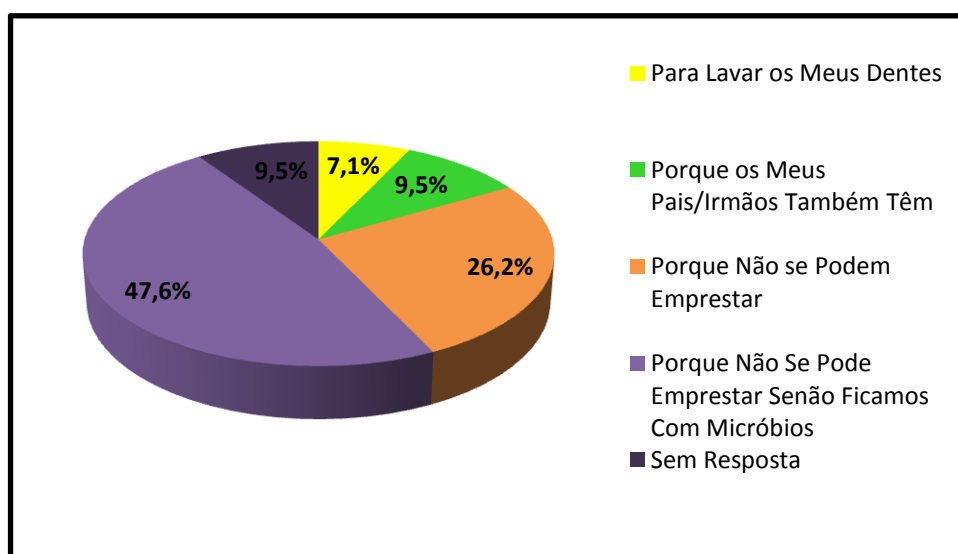


Figura 82 – Motivos do Uso de Escova Individual – resultados do Pós-Teste

Além da visibilidade das alterações também o Teste T nos indica que as mesmas são significativas do ponto de vista estatístico ($p < 0,0001$; $gl=35$; $t=-9,426$). Tais resultados rejeitam a hipótese nula correspondente:

$H_{0,38}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face aos motivos de possuir uma escova de dentes pessoal e intransmissível.

Questão: “Descreve como lavas os dentes.”

Esta questão aberta envolveu também respostas diversificadas. Com os dados obtidos geraram-se os gráficos das figuras 83 e 84.

No Pré-Teste, a resposta que mais se evidenciou é, sem qualquer dúvida, **“lavar os dentes de frente e os de lado”** com uma percentagem de 54,8%. As restantes respostas dividiram-se entre **“lavar os dentes de lado e os de frente”** (14,3%); **“lavar os dentes de baixo e os de cima”** (9,5%) e **“lavar os dentes de cima e os de baixo”** (4,8%). 9,5% das respostas abordaram ainda **“outra(s) maneira(s)”** de escovagem e 7,1% das crianças não apresentaram qualquer resposta.

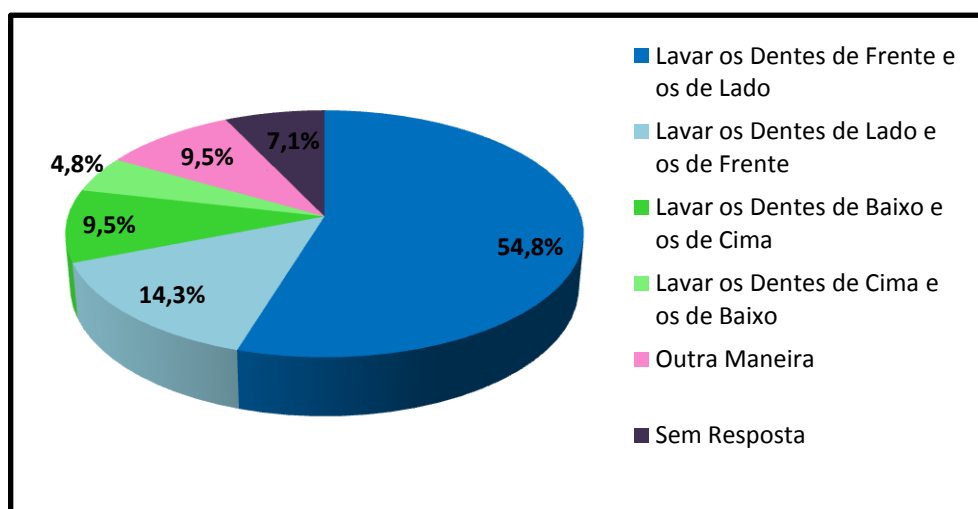


Figura 83 – Descrição da Escovagem – Pré-Teste

No Pós-Teste obtiveram-se algumas respostas comuns às do Pré-Teste, ainda que com valores relativamente baixos: **“lavar os dentes de lado e os de frente”** (2,4%) e **“outra maneira”** (7,1%). Neste teste destaca-se a resposta **“lavar às rodinhas, os dentes de fora, de dentro e de cima”**, dada por metade das crianças (50%). Invertendo um pouco a ordem desta resposta temos ainda **“lavar às rodinhas, os dentes de fora, os de cima e os de dentro”** com 4,8%. Simplesmente **“lavar às rodinhas”** foi a resposta que ficou logo em segundo lugar, tendo sido dada por 28,6% das crianças. Continuaram a permanecer sem responder 7,1%.

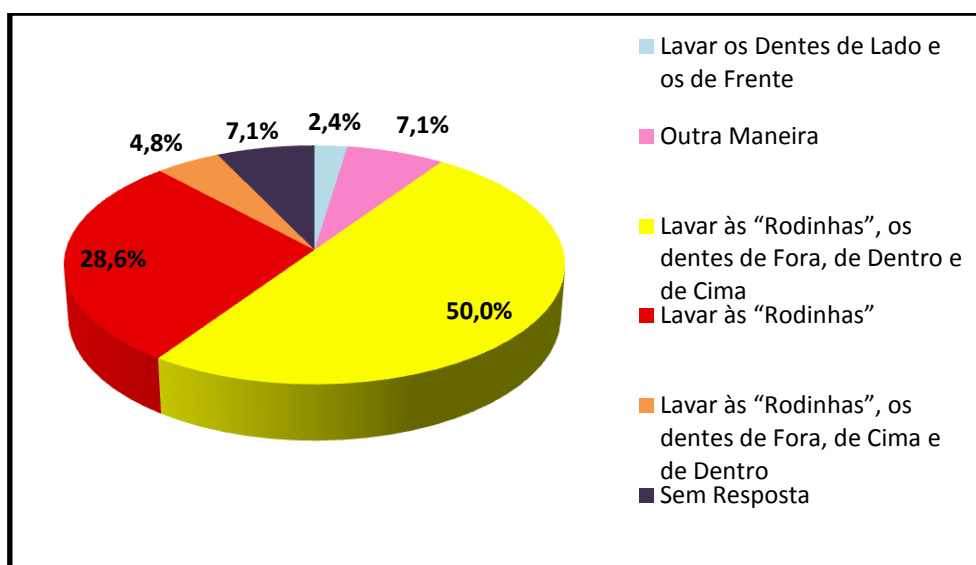


Figura 84 – Descrição da Escovagem – Pós-Teste

Atendendo a esta análise facilmente se assume a significância destes resultados, corroborados com os seguintes valores do Teste T: $p < 0,0001$; $gl=35$; $t=-13,447$. Desta forma, rejeita-se a hipótese nula correspondente:

$H_{0,39}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste acerca do modo de escovagem.

Questão: "Lavas a língua com a escova dos dentes?"

Um outro comportamento que as crianças revelaram ter alterado foi o relativo à escovagem da língua com a escova de dentes.

Nesta questão, no Pré-Teste verificou-se que apenas 42,9% das crianças afirmaram ter esta prática, face a uma maioria de 54,8% que respondeu "NÃO", declarando assim não lavar a língua com a escova dos dentes. Constatou-se ainda um mínimo de 2,4% que não respondeu. Porém, esta diversidade de valores anulou-se no Pós-Teste, onde se observou 100% de respostas afirmativas – "SIM" como se pode visualizar nos gráficos das figuras 85 e 86.

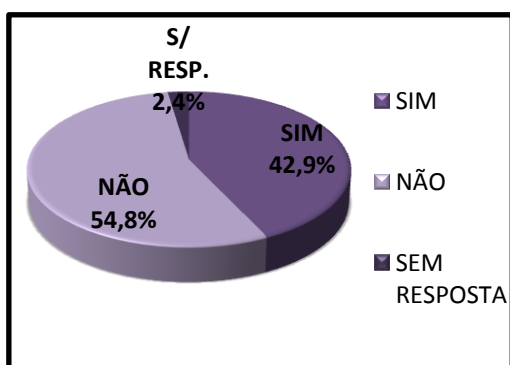


Figura 85 – Comportamento Escovar a Língua – Pré-Teste

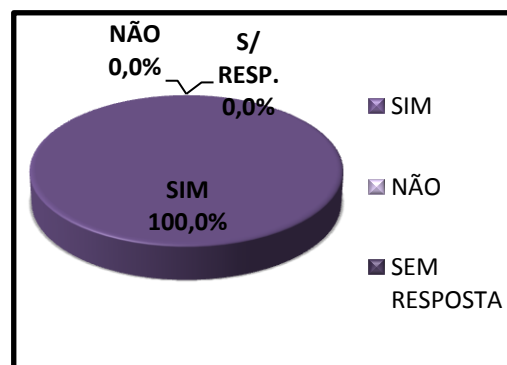


Figura 86 – Comportamento Escovar a Língua – Pós-Teste

As mudanças do Pré para o Pós-Teste são significativas como denota o Teste T ($p < 0,0001$; $gl=40$; $t=-7,149$). Rejeita-se a seguinte hipótese nula:

$H_{0,40}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face à escovagem da língua.

Questão: “Sabes o que é o fio dentário?”

Envolvendo os conhecimentos das crianças, esta questão centra-se num elemento de higiene oral – o fio dentário. Atendendo às respostas das crianças, no Pré-Teste (Figura 87) apenas 35,7% das crianças responderam “SIM”, dizendo saberem o que é o fio dentário, enquanto as restantes 64,3% responderam “NÃO”. Estes valores do Pré-Teste diferiram bastante dos do Pós-Teste (Figura 88), no qual obtivemos 83,3% de respostas afirmativas – “SIM” e apenas 16,7% de respostas negativas - “NÃO”.

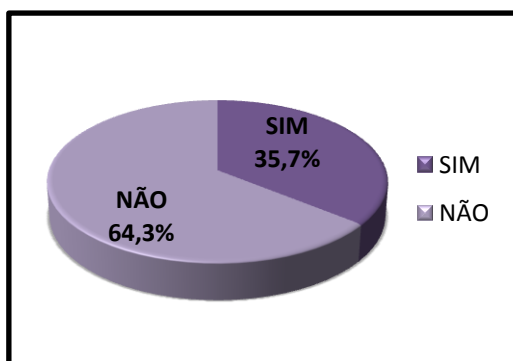


Figura 87 – Conceito de Fio Dentário – Pré-Teste

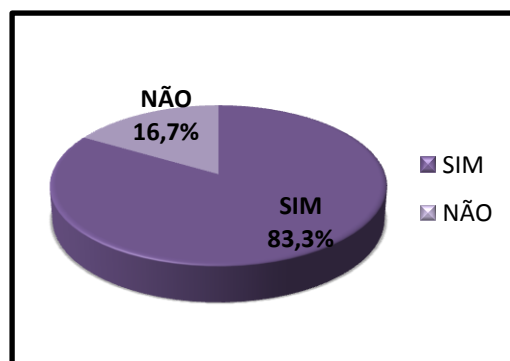


Figura 88 – Conceito de Fio Dentário – Pós-Teste

Tais valores remetem-nos para uma alteração muito significativa, verificada pelo Teste T com: $p < 0,0001$; $gl=41$; e $t=6,105$, o que rejeita a hipótese nula correspondente:

$H_{0,41}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação ao conceito de fio dentário.

Questão: “Se sabes o que é o fio dentário, o que é?”

Nesta questão em sequência da precedente, apenas se verificaram, através do Teste T, variações não significativas.

Questão: “Costumas usar o fio dentário?”

À semelhança da pergunta anterior, somente se registaram alterações não significativas.

Agrupando estas questões e atendendo aos seus resultados, aceitamos a referente hipótese nula:

$H_{0,42}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste acerca da descrição do conceito de fio dentário e seu uso regular.

Questão: Já bochechaste a boca com algum líquido?”

Também perante esta questão, referente à experiência do uso do elixir, as respostas apresentam alterações não significativas. Tal origina a aceitação da respectiva hipótese nula:

$H_{0,43}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que concerne a experiência de bochechar com o elixir.

Questão: Já foste ao dentista?”

Explorando agora os dados relativos a esta pergunta, obtivemos as respostas que expomos graficamente nas figuras 89 e 90.

De um teste para o outro, há a salientar o grande aumento das respostas afirmativas – “SIM” – passando de 52,4 para 97,6%. As respostas negativas – “NÃO” – que atingiram os 47,6% no Pré-Teste, anularam-se no Pós-Teste. Neste último, verificou-se ainda uma percentagem mínima (2,4%) para a opção sem resposta.

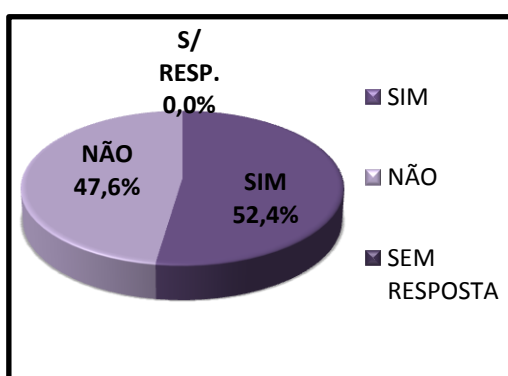


Figura 89 – Ida ao Dentista – Pré-Teste

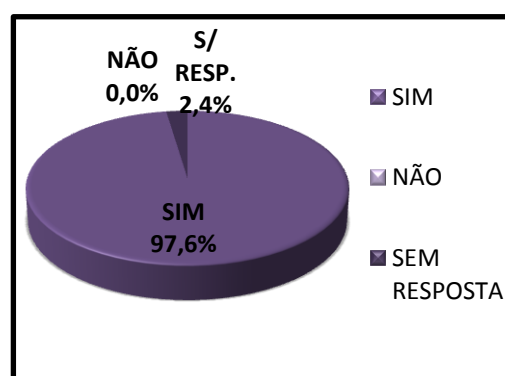


Figura 90 – Ida ao Dentista – Pós-Teste

Mais uma vez, as notórias diferenças apresentadas nos gráficos tornaram-se significativas quando sujeitas ao Teste T ($p < 0,0001$; $gl=40$; $t=5,878$). Desta forma, rejeitamos subsequente a hipótese nula:

$H_{0,44}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação à primeira ida ao dentista.

Questão: Se já foste ao dentista, gostaste?”

Ao questionar as crianças perante a atitude face à ida ao dentista obtivemos respostas que, sujeitas ao Teste T, não originam valores comparativos. A hipótese nula referente - $H_{0,45}$:

Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito à atitude face à primeira ida ao dentista – é portanto aceite.

Questão: “É importante ir ao dentista?”

Aqui surgiram-nos logo no Pré-Teste (Figura 91), as três alternativas de resposta com as percentagens seguintes: “SIM” com 90,5%; “NÃO” com 7,1%; e “Não Sei” com o mínimo de 2,4%. Este último valor anulou-se no Pós-Teste, diminuindo igualmente o valor da resposta “NÃO” para 2,4% e, conseqüentemente, aumentando a percentagem de respostas afirmativas “SIM” para 97,6% (Figura 92).

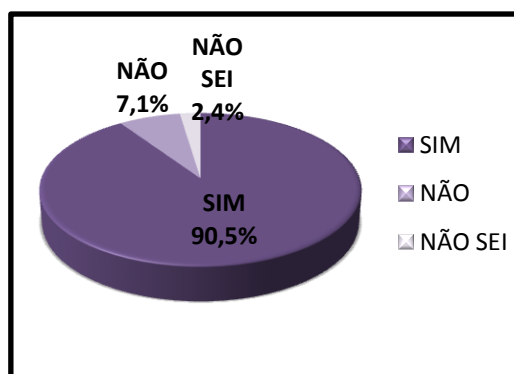


Figura 91 – Importância de Ir ao Dentista – Pré-Teste

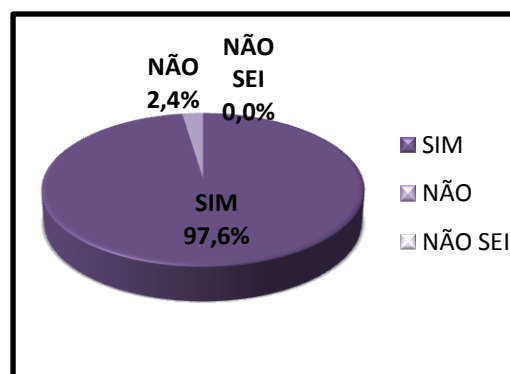


Figura 92 – Importância de Ir ao Dentista – Pós-Teste

Acompanhando esta informação gráfica, temos os valores obtidos com o Teste T que reflectem uma alteração significativa: $p = 0,044$; $gl = 41$; $t = 2,077$. Rejeitamos assim, a hipótese nula referente:

H_{0,46}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste face à importância de consultar um dentista.

Questão: “Já tiveste dores de dentes?”

Nesta questão, perante a aplicação do Teste T, apenas se registaram variações não significativas entre o Pré e o Pós-Teste, o que nos conduz à aceitação da seguinte hipótese nula:

H_{0,47}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que diz respeito ao facto das crianças terem dores de dentes.

Questão: “Sabes o que é uma cárie no dente?”

Focando a atenção nesta questão, as respostas das crianças organizaram-se da seguinte forma: a percentagem das respostas afirmativas – “SIM” – no Pré-Teste foi de 19%, aumentado no

Pós-Teste para 66,7%; a percentagem de respostas negativas – “NÃO” – por conseguinte, diminuiu de 81,0 para 33,3%. Estes dados apresentam-se nos gráficos das figuras 93 e 94.

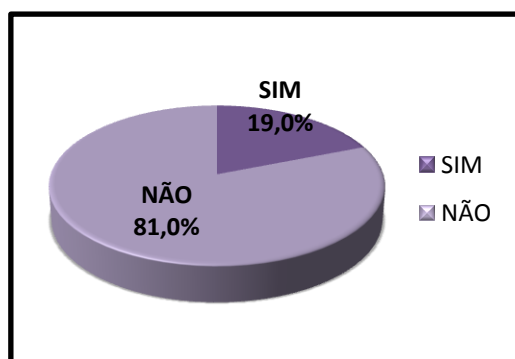


Figura 93 – Conceito de Cárie – Pré-Teste

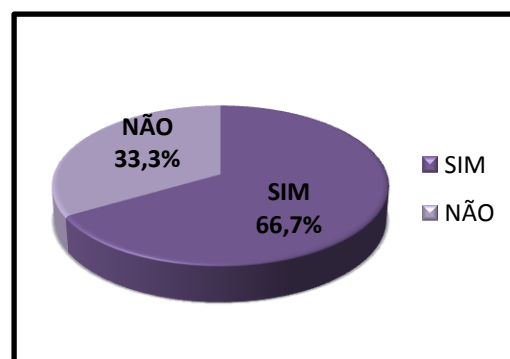


Figura 94 – Conceito de Cárie – Pós-Teste

Aplicando o Teste T a estes dados, constatamos que as alterações ocorridas atingem o nível de significância ($p < 0,0001$; $gl=41$; $t=6,105$).

Questão: “Se sabes o que é uma cárie no dente, o que é?”

Explorando de seguida o conceito de cárie, encontramos várias “concepções” por parte destes tão jovens alunos.

Analisando primeiramente a informação recolhida no Pré-Teste (Figura 95), evidencia-se a ausência de resposta (81,0%). Embora com valores bem mais inferiores, registaram-se também diversas respostas: “é uma coisa que nasce no dente” (7,1%); “são bichos” (4,8%); “é quando o dente fica preto” (2,4%); “são micróbios” (2,4%) e “é lixo” (2,4%).

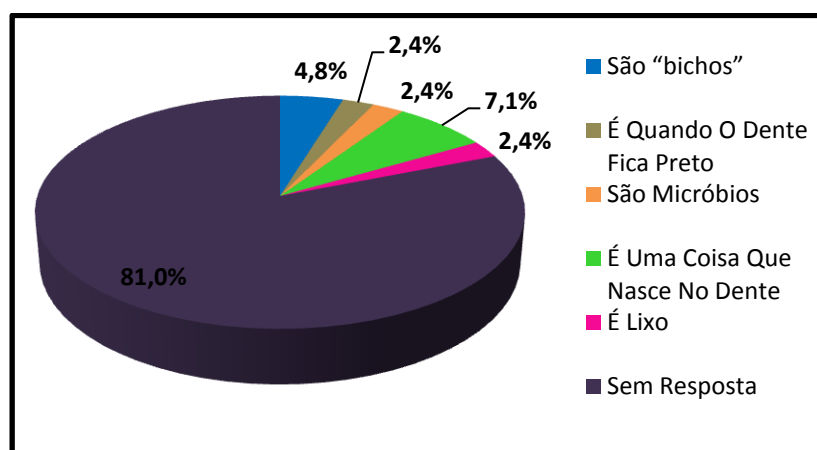


Figura 95 – Descrição do Conceito de Cárie – Pré-Teste

Analisando depois os dados do Pós-Teste (Figura 96), verifica-se que o valor das não respostas diminuiu para 33,3%. Há categorias comuns ao Pré-Teste, nomeadamente: duas cuja percentagem aumentou - “são micróbios” que passou de 2,4 para 9,5% e “é quando o dente fica preto” que passou de 2,4 para 4,8% - e uma que se manteve no mínimo de 2,4% - “É

lixo". A estas categorias de respostas juntam-se novas no Pós-Teste, das quais se salienta: **"são buracos nos dentes"** (23,8%); **"são buracos feitos pelos micróbios"** (14,3%) e **"são micróbios que estragam os dentes"** (11,9%).

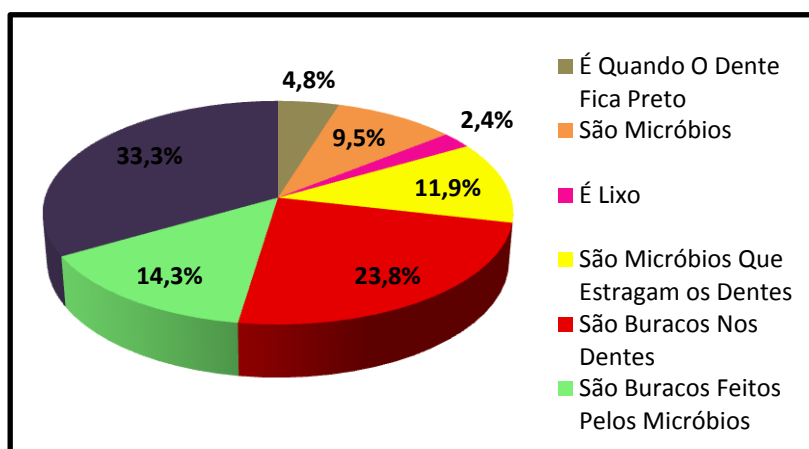


Figura 96 – Descrição do Conceito de Cárie – Pós-Teste

A constatação desta diversidade de respostas pressupõe desde logo uma alteração significativa, a qual é confirmada pelo Teste T ($p=0,028$; $gl=7$; $t=-2,762$). Assim, sendo rejeitamos a respectiva hipótese nula:

H_{0,48}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste em relação ao conceito de cárie e respectiva descrição.

Questão: "Costumas comer doces?"

Na penúltima questão, ao analisar as respostas do Pré e do Pós-Teste apenas constatámos variações sem significância, conduzindo-nos a aceitar a hipótese nula correspondente:

H_{0,49}: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no caso da ingestão de doces.

Questão: "Os doces são perigosos para os dentes, fazem-lhes mal?"

Por último, terminando a apresentação dos resultados do questionário, resta-nos analisar os relativos a esta questão. No Pré-Teste (Figura 97) obtivemos uma percentagem de 76,2% para a resposta **"SIM"**, valor este que atingiu os 100% no Pós-Teste (Figura 98). Como consequência, as respostas negativas – **"NÃO"** – passaram de 23,8% para 0,0%.

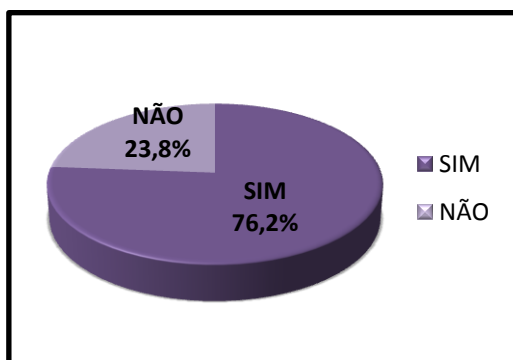


Figura 97 – Perigo dos Doces Para os Dentes – Pré-Teste

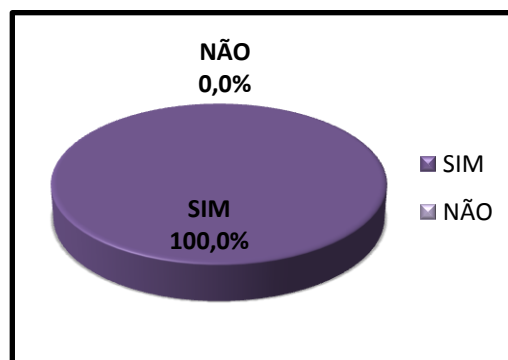


Figura 98 – Perigo dos Doces Para os Dentes – Pós-Teste

Observando os gráficos e os valores resultantes da aplicação do Teste T ($p=0,001$; $gl=41$; $t=3,579$) comprova-se, portanto, uma variação significativa neste último conceito, rejeitando-se a última hipótese nula:

$H_{0,50}$: Não existem diferenças significativas entre o Pré-Teste e o Pós-Teste no que se refere à concepção dos doces serem prejudiciais para os dentes.

4.2. Análise de Conteúdo das Entrevistas

Tal como se encontra referido na metodologia deste trabalho, no decurso deste projecto investiu-se numa triangulação de dados, pretendendo tornar a investigação mais “válida”.

Para tal, para além dos questionários, realizaram-se entrevistas a três encarregados de educação, mais concretamente, a três mães de crianças com idades diferentes – 3, 4 e 5 anos – às duas educadoras de infância das crianças em estudo e ainda a uma médica e um médico, ambos dentistas, embora em contextos de trabalho diferentes.

Com as entrevistas procurámos alcançar o maior número de informação possível captando igualmente as expressões e posturas dos entrevistados. Registamos, em relação a este item, que as encarregadas de educação se mostravam nervosas e um pouco inseguras, demonstrando em algumas questões uma certa atrapalhação por não saberem exactamente o que dizer. No entanto, à medida que as entrevistas foram decorrendo, sentiu-se um crescente à vontade.

As educadoras afirmaram, desde logo, um pequeno nervosismo, que no entanto, não deixaram transparecer durante a entrevista. Por último, tanto a médica como o médico dentista falaram com aparente à vontade, resultando daí entrevistas com um discurso mais fluido.

No sentido de explorar o conteúdo de todas estas entrevistas, recorreu-se à análise de conteúdo através das categorias definidas *à priori*.

Destas categorias previamente definidas, primeiramente debruçar-nos-emos, segundo as educadoras, sobre a categoria “**constituição dos grupos**”. Estamos perante grupos heterogéneos

compostos por crianças de 3, 4 e 5 anos de ambos os sexos. Apesar de os grupos terem no seu conjunto 45 elementos, apenas entram para estudo 42 crianças, uma vez que uma criança é autista, outra revela difíceis problemas de comunicação e outra apresentou grandes períodos de ausência no jardim-de-infância.

Atendendo a uma outra categoria que designamos como **“rotinas”**, as educadoras afirmam que as crianças se encontram bem adaptadas ao jardim-de-infância, cumprindo diariamente uma rotina, que envolve momentos de actividades espontâneas e momentos de actividades planeadas ou orientadas. Entre estas registam-se igualmente momentos de higiene, que envolvem basicamente as frequências das idas à casa de banho, que acontecem sempre antes de cada refeição (almoço, lanche da manhã e da tarde), bem como após o momento de recreio.

Em concreto sobre a **“abordagem da temática da saúde e higiene oral”**, ambas as educadoras declararam abordar pouco o assunto, fazendo-o só oralmente, tendo sido a abordagem intensificada pelo decurso deste projecto de investigação. Afirmam também a não existência de **“protocolos”** com outras instituições médicas ou educativas.

Tal leva-nos a avançar para a categoria que designamos como **“interesse demonstrado pelas crianças sobre a higiene oral”**, a maioria das respostas, tanto das educadoras como das encarregadas de educação, afirmam aqui, que a curiosidade é baixa e que, por norma, as crianças pouco questionam sobre este tema. Apenas uma encarregada de educação de uma criança de 3 anos refere que a sua educanda pergunta se o facto de alguns colegas terem os dentes “pretos” é devido a não os escovarem.

Daqui se depreende que, sendo pouco o interesse pelo assunto por parte das crianças, quando falamos nos seus **“conhecimentos sobre higiene oral”** seja de esperar a resposta de uma das educadoras que indica que a concepção das crianças se resume a *“os doces fazem estragar os dentes”* e que muitas sabem que têm que lavar os dentes, mas *“do saber até à prática vai uma grande distância”*. Por sua vez, a outra educadora afirma que as crianças sabem que *“convém cuidar dos dentinhos”*, embora tal nem sempre se verifique. Ambas concordam que estes conhecimentos provêm do ambiente familiar, acrescentando a segunda que também surgem no jardim-de-infância.

Passando para as respostas das mães das crianças no que concerne esta categoria, apenas uma mãe refere ideias semelhantes às respostas das educadoras, ou seja, que os doces ou guloseimas prejudicam os dentes e que há a necessidade de os escovar para os manter saudáveis.

Por outro lado, todas asseguram que os seus educandos adquirem conhecimentos da área no ambiente familiar, havendo uma que afirma igualmente o contributo do jardim-de-

infância para os conhecimentos da sua educanda, enquanto as restantes duas afirmam não saber muito bem, pois não conhecem bem os assuntos abordados no jardim.

Desenvolvendo de seguida duas categorias totalmente interligadas – **“prática de escovagem dos dentes nos jardins-de-infância e opinião sobre a mesma”** – ambas as educadoras dizem prontamente que não praticam a escovagem, devido às reais condições físicas que impossibilitam tal actividade com as crianças. No entanto, em relação à respectiva opinião sobre a escovagem dos dentes no contexto de jardim-de-infância, as opiniões divergem: uma educadora considera não ser viável praticar a escovagem neste contexto, com a justificação que as crianças *“trocam escovas”* enquanto a outra lamenta não o poder fazer *“por não ter condições”*.

Também neste ponto algumas encarregadas de educação apresentam opiniões divergentes. Assim, enquanto uma pensa não ser muito aconselhável, na medida em que as crianças são ainda pequenas e seria uma *“barafunda”*, as restantes duas encaram a escovagem como positiva nos jardins-de-infância, desde que efectuada com os devidos cuidados. Esta é igualmente a convicção de ambos os dentistas entrevistados, que afirmam concordar com a escovagem desde que, ao mesmo tempo, se tente minimizar os riscos decorrentes de tal actividade.

Também sobre a **“prática da escovagem ‘a seco’”** nos jardins-de-infância, ambos os dentistas aconselham esta técnica, sendo que a dentista considera uma boa ideia e o dentista pensa ser melhor adoptá-la do que não praticar qualquer tipo de escovagem.

No seguimento destas categorias, abordaremos outras três que se encontram ainda directamente ligadas à prática da escovagem – **“escovagem em casa”, “elementos usados na higiene oral” e “ajuda na escovagem”**. Em relação à escovagem em casa, obtivemos respostas variadas das três mães: uma criança escova os dentes duas vezes por dia, outra apenas uma e a última escova entre uma ou duas vezes, dependendo da vontade dela.

Segundo as indicações das suas mães, estas crianças usam o *copo*, a *escova* e a *pasta* para a escovagem. Para além destes elementos, duas afirmam o uso do *elixir* para bochechar. Igualmente duas mães ajudam os seus educandos na escovagem, ou uma vez por dia ou de vez em quando, enquanto a outra criança escova sozinha após ter sido ensinada, apesar de ainda não o fazer muito bem.

Prosseguindo para a categoria **“ida ao dentista e reacções”**, duas das encarregadas de educação afirmam ainda não terem consultado um dentista com as suas crianças, tendo apenas uma sido atendida por um dentista em virtude de um problema oral.

Passaremos de seguida para categorias que envolvem as **“reacções das crianças”** neste âmbito da higiene oral, centrando-nos nas atitudes no consultório. Segundo a opinião da médica dentista, o tabu de consultar um dentista já se encontra um pouco ultrapassado,

afirmando que “*são pouquíssimas as crianças que têm medo*”. No entanto, declara igualmente que tem alguns cuidados no atendimento de crianças, principalmente quando está perante uma primeira consulta. Assim, prefere adiar o tratamento do que “obrigar” a criança, procede a explicações sobre as maneiras de proceder bem como aos materiais que usa, referindo-se a eles de uma maneira entendível para as crianças, recorrendo a vocabulário como “*chuveirinho*” ou “*aspirador*”. Pretende desta forma, desmistificar medos ou receios para tornar a criança mais confiante e segura.

Também o médico dentista, embora num contexto diferente, afirma que as crianças reagem com grande receptividade a actividades desenvolvidas na área da higiene oral, contribuindo para alterações significativas nas suas práticas diárias.

Enquanto médico dentista, este encontra-se a desenvolver um projecto no contexto pré-escolar para crianças com idades entre os 2 e os 6 anos que passa, entre várias actividades, por uma intervenção directa na higiene oral e uma outra intervenção de carácter lúdico, pretendendo atingir uma alta motivação por parte das crianças para esta área.

Atingindo um ponto crucial de análise, atentaremos sobre o “**papel do jardim-de-infância**” em torno desta temática. As educadoras referem a importância da abordagem do tema no jardim-de-infância num sentido de “*alertar*” as crianças e também os pais, caso se revele necessário, para direccionarem a atenção para a higiene oral. Uma das educadoras afirma o papel prioritário dos pais, expressando tal como se relatou precedentemente, a não viabilidade da escovagem de dentes nos jardins-de-infância, enquanto a outra reforça a ideia que seria importante fazer uma abordagem que englobasse a prática da escovagem no jardim-de-infância.

Questionando os dentistas, o médico referencia a higiene oral como um ponto fundamental a ser incluído no contexto escolar e a médica, por sua vez, realça a indispensabilidade de incentivar as crianças para a escovagem propriamente dita e para os “*check-up's*”. Indo ao encontro das ideias das mães que integraram a amostra, duas afirmam a importância do jardim, centrando-a essencialmente na escovagem dos dentes, embora uma admita que, caso as condições dificultem esta prática, se pudesse implementá-la uma vez por semana, funcionando igualmente como uma actividade de lazer. A outra mãe concorda com a abordagem ao tema de uma forma lúdica, com histórias, teatros, ..., que possibilitem às crianças entender a necessidade de escovar os dentes, compreendendo o que poderá acontecer se não o fizerem.

Tendo já abordado concepções sobre a prática da escovagem e o papel do jardim-de-infância, dirigir-nos-emos para as opiniões sobre o “**papel dos pais ou encarregados de educação**”.

Começando pelas educadoras, uma defende que os pais têm que incutir o hábito de

escovagem nos seus filhos, enquanto a outra afirma a existência de uma preocupação dos pais em estarem atentos a situações em que têm de intervir.

A médica dentista resume dizendo “*os pais devem escovar todos os dias os dentes aos filhos*” e para além disso, devem ser modelos a seguir, dando o exemplo. Ao encontro desta perspectiva, o médico dentista declara a imprescindibilidade dos pais motivarem os filhos para a higiene oral, esclarecendo que “*a saúde oral das crianças vai ser proporcional à motivação dos pais para este tema*”.

As mães entrevistadas apresentam opiniões sucintas dos seus papéis relativos a esta questão. Resumem-se a afirmar que têm que passar a informação de que é preciso escovar os dentes “*não só pela aparência, mas também pela saúde*”, fazer compreender tal necessidade, aconselhar sempre e consultar um dentista quando for necessário.

Focando a categoria que envolve os “**cuidados para uma higiene oral correcta**”, a médica dentista centra a sua atenção num “*bom método de escovagem*”, considerando que esta deve ser praticada três vezes ao dia, embora duas vezes já seja bom, desde que seja uma escovagem adequada e com tempo suficiente. Acrescenta que a *alimentação* influencia obviamente o estado da boca, certificando que o facto da alimentação actual ser cada vez mais rica em glicose origina uma maior possibilidade de as crianças desenvolverem um maior número de cáries.

Atendendo ao fio dentário e ao elixir, considera-os muito importantes, destacando o primeiro, pois este possibilita uma escovagem interproximal. O elixir é encarado mais como um complemento para ajudar a mineralizar a boca. Aconselha o fio desde logo quando as crianças apresentam resíduos de alimentos nos espaços interproximais, perante os quais a escova é insuficiente para a limpeza correcta. No caso do elixir, a dentista aconselha-o para as crianças a partir do momento em que estas são capazes de bochechar com segurança.

Por sua vez, no que respeita a este item, o médico dentista vê como essencial a higienização correcta para a boca se encontrar livre de cáries. Atendendo a que estas são causadas pela ingestão de substâncias cariogénicas, o tipo de *alimentação* e a frequência de ingestão destas mesmas substâncias vão obviamente influenciar a saúde oral das crianças.

Em relação a elementos usados na higiene oral, o médico dentista desaconselha o uso de fio dentário e elixir para crianças em idade pré-escolar. Para além dos aspectos referidos, reforça ainda a necessidade de uma “*formação*” para a escovagem dos dentes com uma regra metódica, para possibilitar uma técnica correcta, abrangendo as diferentes superfícies dos dentes e da boca.

Com uma leitura atenta aos últimos parágrafos, é perceptível que as opiniões dos médicos dentistas entrevistados se apresentam um pouco diferentes. Também as suas concepções divergem na “**idade ideal para consultar um dentista**”. Enquanto a médica revela ser importante observar

a boca pelos dois, três anos “para ver se está tudo direitinho, para ver se tem a dentição completa, se não tem, se tem alguma agenesia, algum dente supranumerário, ...”, o médico dentista, vocacionado certamente mais para a Odontopediatria, responde que “o ideal é a partir do momento que nasce o primeiro dente na criança”. Justifica a sua concepção no sentido de ser possível, desde cedo, ter um diagnóstico do crescimento da boca e maxilares e, para além disto, permitir alertar os pais sobre os cuidados a ter.

Para finalizar esta análise de entrevistas, há a referir que ambos os médicos dentistas vêem uma “**evolução da Medicina Dentária em Portugal**”, considerando igualmente a crescente preocupação pela higiene oral da população em geral, dos pais perante os filhos e a “**evolução dos conhecimentos na área**”, devendo-se tal, na opinião da dentista, a um aumento das possibilidades económicas, da informação e publicidade, do marketing, entre outros factores.

Sobre as “**políticas de saúde oral em Portugal**”, a médica dentista considera uma evolução, uma melhoria “se virmos que há dez anos atrás não havia nada”. Apesar desta ideia, afirma que a “antiga” saúde escolar permitia um maior contacto com os centros de saúde, facilitando os processos, contrariamente à burocracia exigida actualmente no processo dos cheques dentistas. O médico dentista refere igualmente problemas em relação aos cheques dentistas bem como a dificuldade de envolver todas as escolas neste processo. No entanto, admite que estamos perante uma “*política pública*” que apresenta sempre problemas de implementação e que melhorarão certamente com o avançar dos tempos.

4.3. Análise das Informações Médicas

No seguimento das análises precedentes, é igualmente relevante atender aos resultados dos “*check-up's*” efectuados às crianças.

Parece importante realçar, neste momento, um dado adquirido nos questionários do Pré-Teste. Referimo-nos aos resultados obtidos para a questão: “**Já foste ao dentista?**”.

Perante a tabela correspondente a estes dados (Tabela 4), verificamos, desde logo, que 22 crianças (52,4%) afirmaram já ter consultado um dentista.

Tabela 4 – Ida ao Dentista – Pré-Teste

IDA AO DENTISTA	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	22	52,4
Não	20	47,6
Sem Resposta	0	0,0
TOTAL	42	100

Por sua vez, após o Programa de Intervenção Pedagógica, que englobou várias sessões, entre as quais, a ida ao consultório da médica dentista, os dados adquiridos com os questionários do Pós-Teste evidenciam-se na Tabela 5:

Tabela 5 – Ida ao Dentista – Pós-Teste

IDA AO DENTISTA	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	41	97,6
Não	0	0,0
Sem Resposta	1	2,4
TOTAL	42	100

Apenas uma criança não respondeu a esta questão no Pós-Teste, afirmando as restantes já terem ido ao dentista. No dia da ida ao consultório, faltaram três crianças e uma outra não permitiu que a médica dentista observasse a sua boca, permanecendo agarrada aos braços da Educadora.

Como tal, basear-nos-emos apenas nos resultados dos “*check-up's*” de 38 crianças. Atendendo primeiramente à existência de cáries, obtivemos o seguinte gráfico (Figura 99):

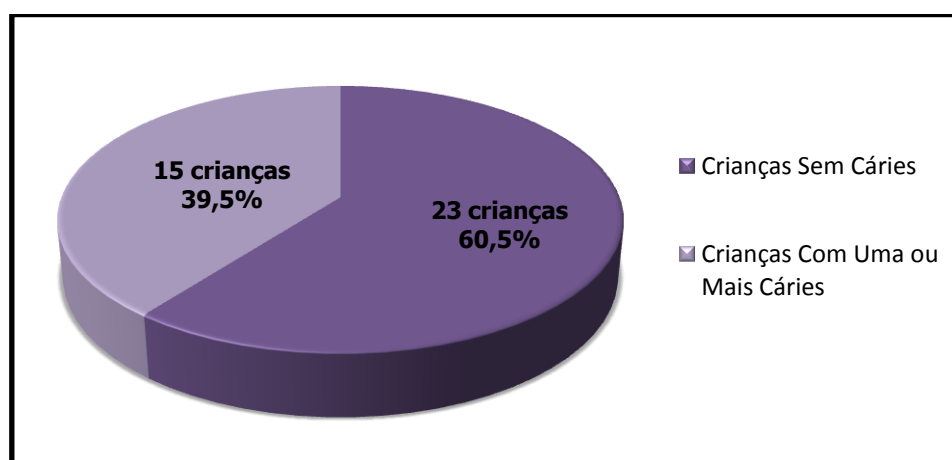


Figura 99 – Existência de Cáries – resultados dos “*check-ups*”

A maioria das crianças – 60,5% – apresentava uma boca livre de cáries, correspondendo este valor a 23 crianças. No entanto as restantes 39,5%, correspondendo a 15 crianças, apresentavam pelo menos uma ou mais cáries.

Parece-nos importante também realçar que, entre estas 15 crianças, 3 nunca tinham ido ao dentista e apresentavam mesmo necessidade de o fazer.

Continuando, analisámos a idade das 15 crianças portadoras de cáries dentárias, as quais se distribuem da seguinte maneira (Figura 100):

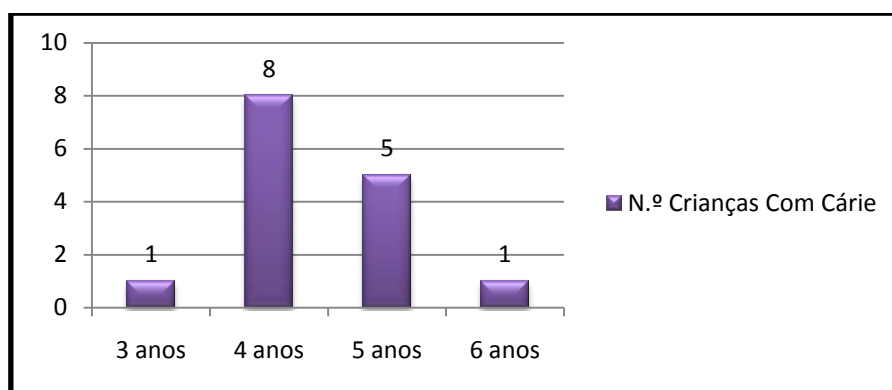


Figura 100 – Relação Idade/ N.º de Crianças com Cáries

Verificamos que a maioria das crianças do estudo que apresenta cáries tem 4 anos, seguindo-se as de 5 anos e numa igualdade mínima as crianças de 3 e 6 anos. Uma vez que o grupo de estudo é composto por um número desigual de crianças em relação às suas idades, é necessário cuidado na interpretação dos resultados sem tentar a sua generalização.

Aprofundando estes dados, é possível ainda acompanhar o número de dentes com cáries que cada uma destas crianças apresentava. Assim, com uma leitura atenta dos dados médicos sobre o estado da boca destas 15 crianças, desde logo, verificamos que a criança de 3 anos era portadora de três cáries e a criança de 6 anos apresentava, por sua vez, treze cáries.

No grupo de oito elementos, correspondente aos 4 anos, detectou-se uma criança com cinco cáries; uma criança com quatro cáries; duas crianças com três cáries; uma criança com duas cáries; e as restantes com uma única cárie.

Entre as cinco crianças pertencentes ao grupo dos 5 anos, duas apresentavam duas cáries e as restantes três, cada uma era portadora, respectivamente, de cinco, onze e catorze cáries.

Analisando estes dados, torna-se perceptível que as crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 6 anos portadoras de cárie dentária eram as que apresentavam um número mais elevado de dentes afectados por esta doença.

Parece ainda relevante cruzar estes dados com outros adquiridos no decorrer dos questionários referentes à questão: **“Costumas comer muitos doces?”**. Assim, analisando as respostas das crianças com cáries a esta questão, tanto no Pré como no Pós-Teste, obtivemos os gráficos das figuras 101 e 102, onde a resposta mais frequente é *“às vezes”*.

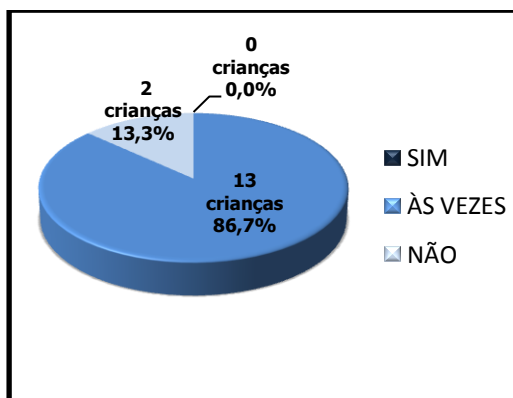


Figura 101 – Comportamento Comer Doces – Pré-Teste (somente crianças com cáries)

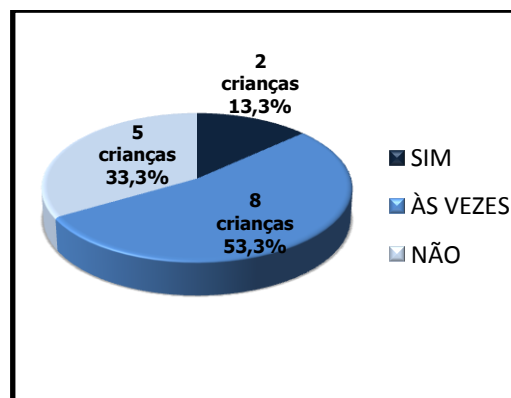


Figura 102 – Comportamento Comer Doces – Pós-Teste (somente crianças com cáries)

Aceitando estas respostas, verificamos que as crianças portadoras de cárie dentária não têm uma prática muito frequente de ingestão de doces.

Para terminar esta análise, terá ainda interesse atender às respostas destas 15 crianças com cáries à questão: **“Quantas vezes lavas os dentes por dia?”**, uma vez que a escovagem dos dentes se encontra totalmente interligada com a saúde da boca, prevenindo doenças orais (DGS, 2005). Verificamos que, na maioria, as crianças escovam os dentes pelo menos, duas vezes por dia (Figuras 103 e 104).

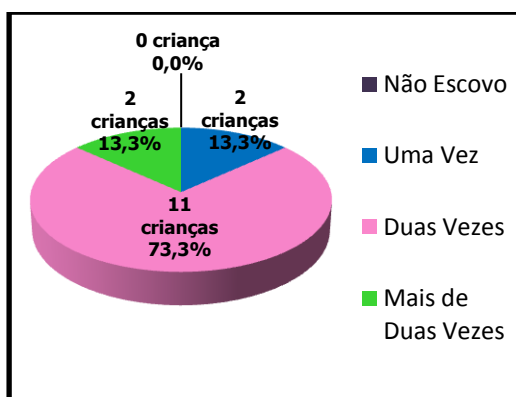


Figura 103 – Número de Escovagens por Dia – Pré-Teste (somente crianças com cáries)

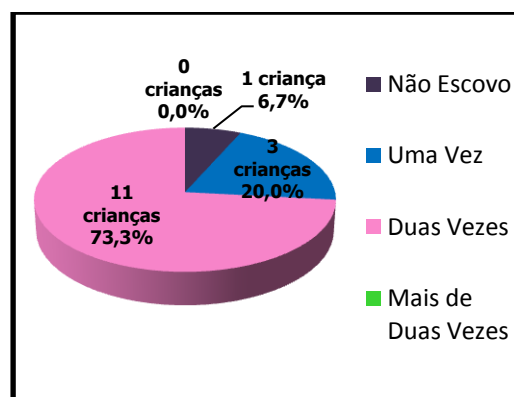


Figura 104 – Número de Escovagens por Dia – Pós-Teste (somente crianças com cáries)

Mais uma vez, considerando estas respostas constatamos que as crianças portadoras de cáries nos dentes apresentam cuidados com a sua higiene oral, escovando os dentes, na sua maioria, duas vezes por dia.

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Perante a época de mudanças da nossa sociedade e dos estilos de vida contemporâneos, este estudo reflecte a extrema necessidade de todas as pessoas procurarem alcançar na vida um bem-estar.

Transpondo este quadro para as crianças, percebemos a importância, comprovada pela diversidade de resultados, da promoção da saúde das crianças, que serão os adultos de amanhã. Derivando deste aspecto, realçamos o consenso em relação à importância do papel dos jardins-de-infância e escolas na promoção da saúde das crianças.

Destacando participantes directos deste projecto investigativo, designadamente a investigadora, as educadoras de infância, os encarregados de educação, os médicos dentistas, estes concordam com contextos de jardins-de-infância/escolas que promovam a saúde.

Tendo esta ideia como base, debruçamo-nos sobre uma área da saúde – a saúde oral – devido à forte inter-relação entre ambas e à alta incidência de problemas orais nas crianças (DGS, 2005).

Assim, este estudo, caracterizado por uma investigação-acção, interligou a educação pré-escolar com a saúde oral ao pretender explorar os benefícios e/ou riscos da abordagem desta área nos jardins-de-infância. Neste sentido, construiu-se e validou-se um questionário sobre saúde e higiene oral para as crianças, realizou-se o pré-teste, aplicou-se o programa de intervenção e, por fim, realizou-se o pós-teste com o mesmo questionário.

Para além deste instrumento de recolha de dados, destacamos igualmente a observação participante e sistemática, as entrevistas às educadoras, aos médicos dentistas e aos encarregados de educação e informações médicas resultantes dos “check-ups” das crianças.

Com todas estas técnicas alcançamos respostas que permitiram garantir a importância da abordagem da saúde e higiene oral no contexto pré-escolar, havendo efectivamente benefícios comprovados por alterações significativas de conhecimentos, valores e atitudes das crianças.

Passaremos de seguida, a discutir os resultados alcançados pormenorizadamente. Assim, voltando a nossa atenção, desde já, para o **conceito de Saúde**, denotámos diferenças muito significativas entre o Pré e o Pós-Teste, o que nos remete para uma eficácia do programa de intervenção pedagógica a este nível. Esta eficácia surge, por certo, das duas primeiras sessões do respectivo programa se direccionarem em grande escala para este conceito.

Durante estas sessões, as crianças tornaram-se sujeitos activos de aprendizagem, na medida em que a investigadora procurou partir dos conhecimentos destes pequenos jovens

(ME, 1997) para avançar no desenvolvimento do conceito de Saúde. Tal terá contribuído para as alterações significativas nos seus conhecimentos.

Ainda no que concerne **o conceito de Saúde**, a idade das crianças é também um factor contribuidor para estas alterações, sendo que, segundo estudos de Halliday³⁰ (1973), a partir dos três e quatro anos, as crianças progridem para um estágio de uso da linguagem, no qual são capazes de construir significados de palavras específicas, tal como acontece neste caso.

Indo ao encontro do pensamento de Halliday, também Wells³¹ (1986) reafirma a ideia das crianças serem encaradas como construtoras de significados, à semelhança de todos os seres humanos, sendo tal uma parte essencial de cada um de nós.

Encaradas assim as crianças, percebemos facilmente a evolução na **descrição do conceito de Saúde**, sendo que a partir da abordagem de tal noção nas sessões de intervenção, estes “alunos” de tenra idade começam a pensar sobre as palavras, sabendo e começando a compreender o seu significado. Declaram um conhecimento mais alargado, expressando-o em respostas mais adequadas e mais completas.

Assim, podemos afirmar que a ocorrência das sessões de intervenção, sendo estas caracterizadas por serem momentos de diálogo, entusiasmo e descoberta, permitiu atingir variações significativas, possibilitando que as crianças, na sua maioria, associassem a saúde a alguns aspectos necessários à vida, designadamente “*alimentação*”, “*higiene*”, “*descanso*” e “*exercício físico*”. Também algumas crianças associam a acção de “*brincar*” a estes aspectos, englobando-o na descrição do conceito de saúde.

Encontramos aqui elementos que, no mundo da criança, são os essenciais para um bem-estar, o que nos permite fazer uma correspondência com o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, que foca a atenção num efectivo bem-estar resultante do equilíbrio de factores – físico, mental e social (OMS, 1946; Costa, 1995). Tal reflecte a ideia de que as crianças começaram realmente a compreender o conceito de Saúde.

Em relação aos **comportamentos que as crianças encaram como saudáveis**, registámos diferenças significativas em algumas opções de resposta – “*comer doces*”; “*praticar exercício*”; “*ter más posições*”; “*deitar cedo*”; “*deitar tarde*” e “*usar a mesma roupa todos os dias*”.

Estas opções de resposta foram abordadas na primeira sessão de intervenção, algumas exploradas com imagens que permitiam firmar ideias sobre comportamentos saudáveis.

³⁰ Referido em Hohmann & Weikart, (2003).

³¹ Idem

Atendendo a que as crianças se encontram numa idade em que, com a ajuda dos pais/educadores e através de explicações simples, começam a entender a diferença entre o que é *certo e errado*, sabendo escolher “*fazer a coisa certa*” (Brazelton & Sparrow, 2009:38), é perceptível que com a abordagem a estas acções tenham passado a distinguir o que se deve ou não fazer para “*ser saudável e não estar doente*”.

Discutindo seguidamente, a série de questões subsequentes, onde se pretendia saber a importância de acções/comportamentos para as crianças, alcançamos resultados com diferenças significativas no que concerne a **ingestão de comer doces para ficar com muita energia**. Estudos de Tomita *et al.*, (1999) afirmam que o consumo de açúcar na sociedade tem sido emergente, os alimentos ricos nesta substância pertencem à dieta alimentar do quotidiano. Sendo que a alimentação é uma fonte de energia fundamental ao crescimento das crianças, é perceptível que as crianças considerem que ingerir muitos doces é essencial para ter muita energia. Após a intervenção pedagógica, os resultados revelaram alterações significativas, que atribuímos às sessões, uma vez que o tema da ingestão de doces foi alvo de diálogo entre as crianças do estudo e a investigadora. Tendo-se esclarecido que “*comer muitos doces*” é prejudicial, compreende-se que as crianças tenham alterado significativamente as suas respostas.

Ainda neste leque de questões, destacando as que frisam a **importância de tratar do corpo**, de **ter uma alimentação variada** e de **fazer exercício físico e brincar ao ar livre**, é relevante referir que, apesar das alterações registadas serem não significativas, tal deve-se certamente ao facto das respostas iniciais serem já maioritariamente as mais correctas ou adequadas e terem sido apenas lembradas e consolidadas no decorrer das sessões de intervenção.

Terminando este grupo de questões, deparamo-nos com a **importância de ver muitas horas de televisão para aprender muito**. Aqui, as respostas das crianças mantêm-se sem alterações significativas, mas é de evidenciar que a maioria responde afirmativamente a esta questão. Perante tal resposta, podemos afirmar que, à semelhança do que outros estudos (Silva *et al.*, 2002; Salgado *et al.*, 2005) revelam, a televisão está cada vez mais presente no quotidiano, sendo onnipresente. As pessoas dedicam muito tempo a ver televisão (Simpósio de Unesco, 1982)³² o que influencia a forma de encarar tal actividade pelas crianças, que consideram a televisão uma fonte de ensino (Duarte *et al.*, 2006), apesar da controvérsia que este tema suscita (Silva *et al.*, 2002).

³² Referido em Silva *et al.* (2002).

Permanecendo com questões em torno de acções comportamentais das crianças, na questão subsequente, debruçamo-nos sobre os seus efectivos **comportamentos saudáveis**.

Perante este item, segundo os dados estatísticos, apenas alcançamos alterações significativas no comportamento “*andar de bicicleta*”. A baixa existência de resultados significativos reflecte, desde logo, mais uma vez, o facto das primeiras respostas (Pré-Teste) terem já alcançado, em muitas questões, uma maioria de resultados correctos ou adequados.

Aliado a este facto, surge o aspecto das crianças serem de tenra idade e como tal, apenas possuírem um pequeno poder de decisão sobre as suas acções, sendo os pais os principais responsáveis pelas suas opções de comportamento. Tal está descrito nas funções dos pais, encarados como adultos educadores, que necessitam de intervir no desenvolvimento das crianças, precisando de orientar, ilustrar, mostrar consequências e colocar limites, permitindo que estes pequenos seres comecem a construção dos seus mundos de valores que influenciarão os seus comportamentos durante a vida futura (Pottker, 2002).

Perante tais ideias, é facilmente entendível que as crianças precisam de orientações e explicações morais e sociais (Silva *et al.*, 2009), convenientemente dadas pelos pais e educadores, que lhes permitem formar a sua identidade, a sua personalidade, o seu ego, gerando um ambiente mais saudável e humano (Pedroso, 2008; Pucci, 1999³³).

Assim sendo, as crianças são portanto “dependentes” dos seus agentes educadores para as suas escolhas comportamentais, englobando-se aqui os seus comportamentos referentes à higiene e saúde, que se alterarão consoante a participação e vontade dos pais.

Seguindo-se a ordem do questionário nesta discussão de resultados, encontramos diferenças muito significativas em três itens direccionados para o **conceito de Higiene**. À semelhança do conceito de Saúde, tais variações entre o Pré e o Pós-Teste permitem-nos acreditar na eficácia da intervenção pedagógica, sendo que tal noção foi amplamente abordada com as crianças.

Tal é perceptível, uma vez que as crianças, numa primeira percepção, demonstraram conhecimentos, valores e atitudes sobre a higiene, visíveis no envolvimento sobre acções relacionadas com esta área, embora fosse notório que poucas crianças associavam a higiene ao próprio conceito ou palavra. Como tal, para que as crianças compreendessem o seu verdadeiro significado, esta noção foi trabalhada associando-a a comportamentos de cuidados de limpeza do corpo, obtendo-se posteriormente respostas referentes à **descrição do Conceito de Higiene** como: “*lavar as mãos*”; “*lavar o corpo*”; “*lavar o cabelo*”; “*lavar os dentes*”; “*lavar os pés*”; “*tomar banho*”, ... que reflectem essencialmente diversos actos de higiene

³³ Referido em Hansen *et al.* (2006).

corporal. Também no que concerne o entendimento da **importância da Higiene**, a intervenção revelou a sua eficácia, passando as crianças maioritariamente a associar a Higiene como uma forma de limpeza e de saúde com as respostas: “*para ficarmos limpos*” e “*para não ficarmos doentes*”. Estas respostas das crianças acerca da importância da higiene relacionam-se directamente com as referentes à **importância de manter o corpo limpo**, focando os mesmos aspectos.

Perante a análise dos resultados da **frequência de tomar banho**, constatamos um aumento das respostas que englobam a frequência diária, indo ao encontro da intervenção pedagógica, onde se defendeu esta ideia em diversos momentos, sendo apoiada pelas crianças.

No entanto, em relação à **frequência de lavar o cabelo**, as respostas das crianças mantiveram-se sem alterações significativas, facto explicável pelas crianças não lavarem efectivamente o cabelo diariamente e tal ter sido referenciado em diálogo como um comportamento adequado. Por outro lado, no que concerne a **frequência de escovar o cabelo**, encontramos diferenças significativas, uma vez que algumas crianças afirmaram não ter esta prática todos os dias. Com o programa de intervenção, há alterações que revelam um comportamento mais adequado, passando esta prática de escovagem do cabelo a ser diária.

No entanto, estes resultados referentes à frequência de comportamentos são relativos, uma vez que estas crianças apresentam uma certa dificuldade em localizar temporalmente os momentos quando estes ultrapassam mais de um dia. Este aspecto explica-se uma vez que as capacidades essenciais das crianças para entender o tempo se encontram apenas em fase de emergência nos anos pré-escolares (Hohmann & Weikart, 2003).

Focando de seguida um aspecto que remete para os **elementos necessários para a higiene do corpo**, mais concretamente para “*tomar banho, lavar e escovar o cabelo*”, alcançamos diferenças significativas, passando as crianças a seleccionar, entre as opções, aquelas que mencionam os elementos adequados. Podemos certamente atribuir estas alterações à sessão “*Bau da Higiene*”, onde houve a pretensão de possibilitar às crianças o contacto, a exploração e a interacção com variados elementos ligados à saúde e à higiene. Tal permitiu alcançar conhecimento, uma vez que este “*(o conhecimento) não provém, nem dos objectos, nem da criança, mas sim das interacções entre a criança e os objectos*” (Piaget, s/d)³⁴. Foi possível que as crianças compreendessem funções, formas e modos de utilização, havendo um diálogo onde as crianças expressaram práticas, partilhando os seus conhecimentos, valores e atitudes. Possibilitou-se igualmente um espaço de reflexão entre as

³⁴ Referido em Hohmann & Weikart (2003).

experiências de todos, que aliado à interação, fez desta sessão um momento de aprendizagem activa (Hohmann & Weikart, 2003), contribuindo para o seu sucesso.

Transpondo para a **frequência de lavagem das mãos**, é de realçar que os primeiros resultados derivados do Pré-Teste admitem já uma grande maioria de crianças que afirma “*lavar as mãos muitas vezes ao dia*”, passando estes resultados posteriormente para a totalidade de cem por cento. Não se verificando uma diferença muito ampla entre as respostas, encontramos alterações não significativas, embora o valor de significância alcançado esteja bastante próximo do limite definido. Em sequência, em relação aos **momentos de lavagem das mãos**, já atingimos valores que reflectem diferenças significativas, destacando-se as opções “*antes de comer*” e “*depois de ir à casa de banho*”, sendo estas as respostas sobre as quais mais se incidiu no decorrer das sessões do programa de Intervenção. Sendo estas as opções mais adoptadas pela sociedade, serão certamente aquelas que os pais, e mesmo as educadoras, atendendo às suas rotinas diárias, mais transmitem aos educandos. Estes, por sua vez, adoptarão as mesmas opções, transformadas em hábitos, que se transmitem de geração em geração, no contexto familiar (Ramos, 2004) e no contexto educativo/pré-escolar (Mata & Almeida, 1989), contribuindo com extrema importância para o desenvolvimento da saúde da criança.

Abordando questões acerca dos conhecimentos das crianças sobre as **funções e constituintes da boca, funções e designações dos dentes** e compreensão da **importância de escovar os dentes**, encontramos bons indicadores da eficácia da intervenção pedagógica com as grandes diferenças significativas. Mais uma vez se intensificam as respostas correctas e mais adequadas, sendo que no caso das **funções da boca**, praticamente todas as crianças dão a resposta correcta nas variadas opções. Sobre os **constituintes da boca e funções dos dentes**, as crianças apresentam respostas mais completas, o que nos remete para um maior à vontade e familiaridade perante o tema. Em relação à **designação dos dentes**, as crianças ficaram essencialmente com a ideia de que os dentes são diferentes uns dos outros, apesar de tal não acontecer em relação aos “*nomes*” dos dentes. Este aspecto foi apenas abordado superficialmente no programa de intervenção, tendo-se focado a atenção sobre os nomes, pronunciando-os para que as crianças os pudessem repetir, revelando-se dificuldades nesta tarefa, atendendo a que terá sido a primeira vez que os escutaram.

Em relação à **importância de escovar os dentes**, as crianças assumem desde logo (Pré-Teste) tal necessidade, apesar de apenas serem capazes de a justificar convincentemente após a intervenção.

Estando já familiarizadas com a escovagem dos dentes em casa, as crianças também apresentaram logo no Pré-Teste saber quais os **elementos de escovagem** essenciais mais básicos, referindo a escova e o copo dos dentes e a pasta. Com as sessões de intervenção, alcançamos diferenças significativas na opção “*fio dentário*”, passando a crescer a percentagem de crianças que considera o fio dentário como um elemento para a escovagem. Este elemento suscitou curiosidade nas crianças durante a intervenção, pois apesar de, em grande grupo, conseguirem explicitar as suas funções, julgando pelas reacções das crianças, a maioria demonstrava ter até aí pouco ou nenhum contacto com o mesmo.

Passando para a **frequência de escovagem dos dentes**, à semelhança de outros itens que envolvem as atitudes das crianças, não constatámos diferenças significativas, o que nos remete novamente para o limitado poder de decisão das crianças nas suas práticas. No entanto, no que concerne aos **momentos das suas escovagens**, alcançamos resultados significativos, o que vai reforçar a ideia do baixo poder de decisão, pois somos levados a crer que as crianças têm efectivamente noção dos momentos em que devem escovar os dentes, referenciando os mesmos quando questionadas, embora na realidade não pratiquem a escovagem em todos eles.

Referente ao processo de **aprendizagem do método de escovagem dos dentes**, as respostas recaem nos familiares mais próximos, sendo de destacar uma nova resposta que surgiu no Pós-Teste: “*o médico dentista*”, denotando-se alterações significativas. Verificamos aqui a influência de um outro adulto interveniente, que permite alcançar um contributo para as aprendizagens das crianças (ME, 1997). À semelhança das educadoras/professoras que apresentam um papel importante em enfatizar a higiene oral segundo estudos de Júnior e Mialhe (2008) também estudos de Flores e Drehmer (2003) e de Dias (2004) comprovam que o médico dentista é capaz de influenciar positivamente, transformando-se num agente educativo motivando as crianças com procedimentos/actividades que lhes permitirão desenvolver hábitos de higiene adequados. Haverá uma aproximação entre as crianças e o profissional médico que se revestirá de um envolvimento, gerando confiança que possibilitará vencer receios e medos.

Ao gerar confiança, as crianças desenvolvem competências, sentem-se mais independentes, tentando impor a si mesmas cada vez mais melhorar as suas capacidades através da autonomia (Diekmeyer, 1999). Pretendem mostrar que já são alguém, afirmando serem capazes das mais diversas tarefas, dentro das quais, se encontram os cuidados de higiene. Daí que, ao explorar a higiene oral com as crianças, estas se comecem a sentir

capazes de escovar os dentes sozinhas, comprovando os resultados que evidenciam diferenças significativas no aspecto da **autonomia das crianças na escovagem dos dentes**.

Compreendendo e aceitando as capacidades das crianças, sabemos que elas com os devidos pontos de referência conseguem compreender aqueles que as rodeiam e adoptar formas de comportamento adequado às situações (Brazelton & Sparrow, 2009). Perante esta ideia, debruçamo-nos sobre o facto de as crianças terem com este estudo ficado a saber e perceber que as **escovas dos dentes devem ser pessoais e intransmissíveis**, aspecto intensamente realçado pelo médico dentista no decorrer do programa interventivo: *“a escova dos dentes não se empresta a ninguém, nem ao pai, nem à mãe, nem aos irmãos e nem aos melhores amigos na escola”*.

Assim, tendo bons pontos de referência, o facto de as crianças saberem e perceberem que o comportamento de troca/partilha de escovas dos dentes é impróprio, facto igualmente comprovado pelos resultados dos questionários, ajuda a que cumpram efectivamente essa norma, contribuindo para minimizar riscos provenientes da escovagem.

Parece pertinente mencionar neste momento que, durante o programa de intervenção pedagógica, não surgiram problemas de troca ou partilha de escovas. Há igualmente a indicar que, no decurso das escovagens dos dentes com as crianças se usaram escovas de dentes e copos descartáveis, o que facilita, sem qualquer dúvida, o controlo de riscos.

O **modo de escovagem dos dentes** e o **hábito da escovagem da língua** das crianças registou diferenças significativas, havendo evoluções para mais correctos métodos de escovagem. Julgamos que a sessão *“Dental Show”* integrada no programa de intervenção foi definitivamente responsável por estas mudanças. Tendo-se motivado as crianças, despertado curiosidades e explorado um todo novo mundo de imaginação (ME, 1997), ao som da música *“mágica”* todos escovaram os dentes, respeitando os movimentos circulares – *“às rodinhas”* – e uma ordem específica de escovagem, terminando a escovar a língua com a escova. Constituiu-se uma regra essencial para o método desta prática, concordando com estudos de Wind *et al.* (2005), prevalecendo a ideia de que as crianças terão assim a oportunidade de adquirir hábitos determinadores de comportamentos.

Toda esta actividade, associada ao prazer de aprender (ME, 1997) parece-nos ter facilitado a aprendizagem da correcta escovagem dos dentes, permitindo implementar regras/rotinas para que esta prática ocorra sempre da maneira mais correcta.

Englobada nesta vertente lúdica, há a salientar o recurso à música, eficaz em estimular possíveis práticas de higiene, designadamente a efectiva escovagem dos dentes, de acordo

com estudos de Júnior *et al.* (2005). Também Delisa (1992)³⁵ vê a música como um elemento capaz de melhorar a socialização, auto-confiança e auto-estima e Andrade (2000)³⁶ encara-a como uma fonte de estímulos.

Atendendo a estas ideias, é facilmente perceptível que se tenham encontrado diferenças significativas, tendo-se alcançado momentos promotores de mudanças de comportamentos.

Perante estas mudanças num tão curto espaço de tempo de intervenção, podemos encarar a prática da escovagem no contexto pré-escolar, rodeada de um ambiente lúdico, como benéfica comprovando a ideia da Direcção Geral de Saúde (2005) que “*todas as crianças dos Jardins-de-Infância devem fazer uma das escovagens dos dentes no estabelecimento de ensino*” (2005:12).

Prosseguindo na discussão dos resultados, ainda respeitante aos conhecimentos das crianças, encontrámos diferenças significativas em relação ao **conceito de fio dentário**. Sendo um elemento de visível atracção das crianças ao longo da sessão de intervenção, derivado do pouco envolvimento com o mesmo, entende-se que, após o programa, elas assumam conhecer o conceito de fio dentário, sem que no entanto o saibam, por si sós, descrever.

Em relação à **ida ao dentista**, alcançamos obviamente diferenças significativas atendendo à realização da última sessão interventiva, tendo consistido na visita a um consultório médico, permitindo conhecer um novo espaço e vivenciar uma nova experiência. Ao interagir com uma realidade diferente, encontraram-se favorecidos os momentos de aprendizagem (ME, 1997; Hohmann & Weikart, 2003). Desta forma, as crianças entenderam a **importância de ir ao dentista**, tal como é importante ir a um outro médico para ver se nos encontramos com saúde.

É, portanto, essencial ter presente que a escola deve incentivar, ou mesmo desenvolver protocolos com instituições médicas/profissionais de saúde que permitam que as crianças façam “*check-up's*” com regularidade. Vemos isto explicitamente com os resultados dos exames dentais das crianças, atendendo a que mais de um terço das crianças participantes no estudo eram portadoras de cáries dentárias, sendo que um quinto destas nunca tinha consultado um médico dentista.

Aprofundando um pouco mais os resultados dos “*check-up's*”, cruzando-os com outros adquiridos com os questionários, designadamente a frequência de ingestão de substâncias potencialmente cariogénicas – “*doces*” – uma vez que esta prática interfere na saúde oral, aspecto demonstrado em diversos estudos (Wind *et al.*, 2005; Novais *et al.*, 2004; Bolan *et al.*, 2007), aferimos que as crianças portadoras de cárie(s) dentária(s) afirmaram, na sua maioria, “**comer**

³⁵ Referido em Júnior *et al.* (2005).

³⁶ Idem.

doces” apenas “às vezes”. Apesar desta resposta ter um carácter muito relativo, parece indicar que haverá outro(s) factor(es) para a incidência/prevalência deste número de cáries.

Sendo que, segundo as palavras da DGS (2005), para além dos hábitos alimentares, a outra grande vertente que influencia a saúde oral prende-se com os hábitos de higiene oral e é efectivamente conhecida a forte correlação entre os mesmos e a incidência/prevalência de cáries (Vanobbergen *et al.*, 2001), direccionamos a atenção para os comportamentos de higiene oral destas crianças. Mais uma vez, cruzamos os dados, surgindo informações interessantes. As crianças portadoras de cárie(s) dentária(s) afirmam ter uma **frequência de escovagem dos dentes adequada** – “duas vezes por dia” – aspecto que nos leva a interrogar se a escovagem será a mais correcta e se será levada a cabo sob supervisão dos pais.

Reforça-se portanto, mais uma vez, a ideia de que a educação pré-escolar deve ser complementar da educação da família, agindo sobre a educação para a saúde, abordando a saúde e higiene oral, possibilitando igualdade para todas as crianças (ME, 1997).

Em relação ao **conceito de cárie e sua descrição**, as respostas das crianças entre o Pré-Teste e o Pós-Teste evidenciam diferenças, facto explicável, uma vez que este conceito foi abordado com alguma incidência com as crianças durante a intervenção. Em grande grupo, as crianças alcançaram esta noção, privilegiando-se o diálogo entre todos, havendo interacção entre as crianças, possibilitando apreender conhecimentos entre pares (Dias, 2006).

Observando todos os resultados constatámos, no decurso desta investigação, a existência de alterações significativas em mais de um terço das respostas.

Este número poderia ser ainda mais elevado se os resultados do Pré-Teste não evidenciassem, desde logo, uma maioria de comportamentos, valores e atitudes adequados e correctos. Há, assim a destacar, entre o universo dos resultados sem alterações significativas, que cerca de três quartos das respostas do Pré-Teste já demonstravam uma maioria de respostas adequadas ou correctas.

Assim, perante os dados que obtivemos, realça-se o consenso dos participantes neste estudo em relação à importância do papel dos jardins-de-infância e escolas na promoção da saúde das crianças.

O grau de envolvimento inicial das crianças perante esta temática da saúde e higiene resultante maioritariamente do contexto familiar, de acordo com as afirmações das educadoras e das encarregadas de educação, intensificou-se com este projecto abordado no contexto pré-escolar. Sendo que as crianças crescem, aprendem e vivem diariamente em dois contextos diferentes, é inegável que estes tenham que trabalhar em conjunto, complementando-se um ao outro de forma a atingirem o mesmo fim comum.

Este projecto pode ser encarado como uma forma de o fazer ao trabalhar nesta área da higiene e saúde, extremamente vinculada ao contexto familiar. Sintetizando as ideias provenientes dos resultados deste estudo, podemos ver o crescente envolvimento das crianças na área, justificado pelas várias alterações significativas. Constatámos que as crianças começam a conhecer conceitos da área, percebendo a sua importância, alargam os seus conhecimentos sobre actos ou actividades saudáveis, referenciam diversos elementos de higiene, denotando-se a crescente familiaridade com os mesmos, passando a ser capazes de saber funções, modos e momentos de utilização de acordo com informações referentes à observação e registo da Intervenção Pedagógica. Aprofundando na área da higiene oral, as crianças partilham similarmente conhecimentos que evidenciam a proximidade com esta matéria, destacando a necessidade de manter a boca limpa. Os constituintes e funções da boca bem como a caracterização e funções dos dentes, foram também alvo de mudanças significativas.

Em relação à escovagem, na qual se engloba o hábito de escovar a língua, as crianças alteraram o seu modo de escovar, começando a fazê-lo de acordo com as indicações do médico dentista. Passaram ainda a ter mais autonomia neste acto de higiene e perceberam a sua imprescindibilidade. Demonstraram conhecer cuidados importantes, tanto neste âmbito dos actos de higiene, nomeadamente ao encarar a escova de dentes como um objecto pessoal e intransmissível, como no âmbito dos cuidados alimentares, designadamente ao entender a ingestão excessiva de alimentos potencialmente cariogénicos como prejudicial para os dentes.

Também se conseguiu com a intervenção desvanecer receios e medos perante o médico dentista e as idas ao consultório.

Atendendo a todos estes aspectos alterados, estamos perante aprendizagens das crianças, que geram conhecimentos novos, modificando-se valores, que se exteriorizam em mudanças de atitudes/comportamentos.

Esta ideia está presente em Carvalho e Carvalho (2006) ao afirmarem a importância das aprendizagens para mudanças de comportamento.

Todas estas mudanças ao nível de conhecimentos, valores e atitudes sugerem-nos que estes elementos se revestem de um carácter adaptável e alterável (Alcântara, 1990), contrariamente a inato e imutável. Tal permite constatar a possibilidade de os englobar no processo de ensino-aprendizagem, prevendo-se a sua promoção no contexto pré-escolar.

Neste sentido, afirmamos o papel dos educadores (ME, 1997), dotado de uma intencionalidade educativa envolvendo etapas fulcrais – observar, planear, agir, avaliar, comunicar e articular - como crucial para promover a aquisição/mudança de conhecimentos, valores e atitudes das crianças. Adiantando mais, é de realçar novamente que o papel do

educador se encontra também evidenciado na promoção da saúde, mais especificamente na higiene oral, de acordo com estudos de Júnior e Mialhe (2008). Outros estudos como Conrado *et al.* (2004) sugerem mesmo que os educadores/professores, devido à sua importância, sejam preparados para abordar a higiene oral, favorecendo também a implementação de programas desta temática nas escolas.

À semelhança do que esta investigação nos indica, vemos a escola, tal como é referido em estudos de Rowling e Jeffreys (2000) dotada de um papel indispensável e fundamental, sendo como uma chave para promover a saúde. Possibilita pois, alterar conhecimentos, influenciar ou clarificar valores, mudar convicções e atitudes (Tones & Tilford, 1994)³⁷.

Apoiando-nos nas palavras de Precioso (2004) e em variados estudos (Hagquist & Starrin, 1997; Denman, 1998; Scriven & Stiddart, 2003; Marks, 2009) perante este projecto vemos a escola como um local de eleição para a promoção da saúde. Tal compreende-se perante a pluralidade de crianças de todo o mundo que, independentemente do seu nível de vida, frequenta a escola, onde deverá ser dada a importância devida à educação para a saúde. Aliado a isto, é igualmente inegável que a escola é um local privilegiado onde crianças e jovens crescem, convivem e interagem, vivendo a infância e a adolescência, sendo estas encaradas como períodos de vida cruciais para adquirir conhecimentos, interiorizar valores e adoptar comportamentos e atitudes (Freitas *et al.*, 2000).

A escola é assim *“um espaço de convivência e intensas interações sociais, apresentando-se como um terreno fértil para (...) acções que envolvem a promoção da saúde”* (Moura *et al.*, 2007).

Tal como pudemos constatar, estas *“acções”* carecem da participação de todos e de uma atenção pelo contexto para desenvolver um conjunto de estratégias que permitam a adequação a todos (Rowling & Jeffreys, 2000; Denman, 1998).

Tendo atentado a estes aspectos e direccionando-nos para a educação para a saúde e higiene oral, as mudanças atingidas ao nível dos conhecimentos, valores e atitudes das crianças permitem-nos afirmar que programas/actividades nesta área *“são eficazes na educação do indivíduo”* (Luis *et al.*, 2009:828). Por sua vez, os resultados dos *“check-up’s”* das crianças possibilitam compreender a importância destas iniciativas, sendo igualmente eficazes *“na prevenção das doenças orais”* (Luis *et al.*, 2009:828).

Segundo estudos de Noyelle (1976) que encaram a prevenção como a única cura para as doenças orais, a educação em saúde e higiene oral manifesta-se como um passo importante

³⁷ Referido em Carvalho & Carvalho (2008).

no contexto pré-escolar possibilitando que as crianças, desde cedo, tenham a oportunidade de crescer com uma boca saudável.

Neste contexto pré-escolar, a abordagem desta temática, constituída numa forma lúdica, permitiu às crianças a oportunidade de adquirir hábitos que influenciam os seus comportamentos, aspecto igualmente defendido em estudos de Wind *et al.* (2005). Daqui surge a importância de adquirir hábitos correctos desde tenra idade, uma vez que contribuirão para adopção de comportamentos adequados, que por sua vez, conduzirão a estilos de vida saudáveis (Rodrigues *et al.*, 2007) que se reflectirão em qualidade de vida futura.

Com esta investigação, verificamos ainda que o envolvimento da escovagem dos dentes neste mesmo contexto apresenta uma contribuição positiva para as crianças.

Em relação a esta prática da escovagem dos dentes em contexto pré-escolar, continuamos a encontrar diferentes posições face à mesma, apesar das comprovações existentes e das palavras da Direcção Geral da Saúde (2005). Tal surge-nos logo ao abordar profissionais de educação, educadoras de infância, que apresentam opiniões divergentes, afirmando, por um lado, que a escovagem dos dentes no contexto pré-escolar é benéfica e por outro, que não é viável, sob pena de se tornar prejudicial para as crianças, atendendo ao facto que, desta prática, poderão advir riscos.

Encontrámos igualmente divergências nos pareceres de encarregados de educação. Deparamo-nos portanto, com diferentes perspectivas, sendo que numa, a prática da escovagem dos dentes é vista como positiva nos jardins-de-infância, enquanto na outra, a escovagem dos dentes no contexto da educação pré-escolar é encarada como um processo complexo, sendo uma “*barafunda*”, da qual podem advir riscos suscitadores de relativa preocupação.

Abordando os profissionais de saúde com a sua experiência, ambos partilham a mesma opinião, concordando e valorizando a escovagem dos dentes nos jardins-de-infância desde que, ao mesmo tempo, se tente minimizar os riscos decorrentes de tal prática.

Entre os riscos, há profissionais de educação que destacam o perigo de contágio de vírus ou doenças passíveis de serem transmitidas pelas escovas, caso haja contacto ou partilha das mesmas e a “confusão” que este processo poderá causar, impossibilitando vigiar todas as crianças ao longo do processo de escovagem (DGS, 2005). Ainda neste campo dos riscos, Sheiham (2001) refere a possibilidade do crescente número de desigualdades sociais, devendo ser combatidos com um trabalho multidisciplinar. A este respeito, a DGS (2005) pronuncia-se afirmando que os elementos de higiene das crianças possam suscitar “troça ou humilhação” devido aos seus níveis de qualidade ou estado de conservação.

Perante estes riscos, a solução passa por ver se estes são efectivamente reais e se assim for, procurar contorná-los e minimizá-los.

Com este estudo, vemos possibilidades de o fazer sendo o primeiro passo, estabelecer uma relação de confiança com as crianças baseada no diálogo, proporcionando explicações que ajudem a compreensão, sendo que assim as crianças serão capazes de cumprir as regras/normas que se estabelecerem (Brazelton & Sparrow, 2009). A cooperação entre todos os elementos intervenientes na escovagem é essencial para que todo o processo decorra com eficácia. Merecem também atenção os cuidados no armazenamento para que não haja contacto entre os materiais de cada criança. Uma alternativa a este possível obstáculo consiste em cada criança possuir um estojo plástico onde possa guardar o seu copo, escova dos dentes e a pasta dentífrica. Também o recurso a copos e escovas dos dentes descartáveis, semelhante à nossa intervenção, ajudará a controlar os riscos.

No entanto, mesmo apesar da possibilidade de minimizar riscos, há que admitir a possibilidade da real inexistência de condições para esta prática nos Jardins-de-Infância, quer a nível de recursos humanos, quer a nível de recursos materiais. É aqui fundamental analisar cada situação para procurar a forma mais adequada de actuar (DSG, 2005). Atendendo à opinião de profissionais de saúde e da Direcção Geral de Saúde (2005), uma solução que poderá ser geralmente adoptada é a escovagem a seco, o que comprovamos com a ordem e eficácia da sessão interventiva de que foi alvo esta técnica. Permitiu às crianças uma correcta escovagem no Jardim-de-Infância, atendendo à observação descrita no diário de bordo.

Sucintamente, com este estudo, nesta amostra particular, demonstra-se o benefício da educação para a saúde e higiene, no contexto da Educação Pré-Escolar, distinguindo a área da Higiene Oral.

Há efectivamente benefícios comprovados pela mudança de conhecimentos, valores e atitudes. Surgem igualmente obstáculos/riscos efectivos, que se devem procurar contornar com a colaboração de todos.

A Educação Pré-Escolar nos Jardins-de-Infância poderá ser, desta forma e à semelhança de todos os outros contextos de educação, um local por excelência para estas aprendizagens, a nível de conhecimentos, valores e atitudes das crianças, pretendendo alcançar em complementaridade com o meio familiar, numa primeira instância, a saúde oral, numa segunda instância, a saúde em geral e, em terceira e última instância, uma vida futura com qualidade.

5.1. Limites da Investigação

Prestes a terminar esta investigação, focaremos a atenção para algumas limitações inerentes a esta investigação. Destacaremos primeiramente, o factor tempo, uma vez que este estudo alcançaria respostas mais precisas se a intervenção directa com as crianças pudesse ter tido uma duração superior e um carácter contínuo.

Associado ao “tempo”, deparamo-nos igualmente com alguns adiamentos próprios dos órgãos superiores hierárquicos do Agrupamento, no qual está inserido o jardim-de-infância. Também a aprovação do questionário para as crianças pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular se revelou num momento longo de espera.

É necessário ainda atender a que, se por um lado, encontrámos diversas vantagens na triangulação de dados com o recurso a diferentes instrumentos de investigação: observação, questionários e entrevistas, também nos defrontámos com alguns limites. Dentro destes, há a destacar a aplicação de questionários a crianças, de onde poderemos obter respostas, cuja total veracidade pode estar em causa. Para além disto, há a registar que os questionários foram aplicados individualmente, sendo uma tarefa longa e demorada.

5.2. Perspectivas Futuras

Perante esta investigação, aspiramos que a educação para a saúde, distinguindo-se a área da saúde e higiene oral, esteja efectivamente presente no contexto da educação pré-escolar, permitindo às crianças alcançar um bem-estar e uma qualidade de vida futura.

Prosseguir com estudos deste âmbito, acompanhando as crianças em todo o seu percurso pré-escolar seria certamente mais revelador sobre a eficácia da implementação da higiene oral no ambiente educativo.

Para além de envolver as crianças, seria de extremo interesse, alargar o estudo, estendendo-o aos pais, família, comunidade e sociedade em geral. Por outras palavras, encarar-se-iam as crianças como agentes de mudança (Denman, 1998) para promover a saúde, especificamente a oral, pretendendo influenciar a sociedade (Marks, 2009).

Para além de tudo isto, aspira-se a que esta investigação possa ter um carácter desafiador a todos os intervenientes nesta área: pais, profissionais de educação e de saúde.

Aos pais que assumam verdadeiramente o seu papel, que despendam tempo para estar e conhecer os seus filhos, que os amem e eduquem transmitindo conhecimentos, valores e atitudes adequados, que lhes permitam crescer com autonomia, transformando-se em pessoas

com capacidade de resposta perante a vida, capazes de adoptarem estilos de vida saudáveis e adequados para uma vida longa e sã.

Aos profissionais de educação que respondam efectivamente às necessidades e aos interesses das crianças, adaptando-se aos tempos modernos, que repensem estratégias e materiais que lhes permitam adquirir a confiança e o respeito das crianças de forma a alcançar e entrar no seu universo, que abordem áreas voltadas para a saúde, que inovem locais e espaços, permitindo ir mais longe, usando o lúdico para promover actividades de saúde e higiene oral, que trabalhem em conjunto com a família para que juntos possam atingir um objectivo comum: uma vida mais saudável para todos.

Aos profissionais de saúde que, com calma e paciência, procurem integrar pais e profissionais de educação nos seus esforços de promoção de saúde oral, que procurem adequar os seus métodos e estratégias a cada criança, a cada família.

Que todos em conjunto tenham um papel determinante na saúde oral das crianças, das famílias, das sociedades.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, A. (1990) *Como Educar as Atitudes*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- Bardin, L. (1995) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, J. A. C. (2002) *Pensando o Processo Saúde Doença: A Que Responde o Modelo Biomédico?* Revista Saúde e Sociedade, volume 11, n.º 1, 67-84.
- Bell, J. (1997) *Como Realizar um Projecto De Investigação* (2ª edição). Lisboa: Gradiva.
- Bolan, M., Nunes, A., Moreira, E. & Rocha, M. (2007) *Guia Alimentar: Ênfase na Saúde Bucal*. Revista Brasileira Nutrição Clínica, 22 (4), 305-310.
- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2009) *A Criança e a Disciplina – O Método Brazelton* (11ª edição). Lisboa: Editorial Presença.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008) *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-Aprendizagem* (2ª edição). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. S. (2006) *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. S. (2008) Eixos de Valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, in B. Pereira & G. S. Carvalho (coordenadoras e co-autoras) *Actividade Física, Saúde e Lazer – Modelos de Análise e Intervenção*. Lisboa – Porto: Lidel.
- Carvalho, G. S. (2006) Criação de Ambientes Favoráveis para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, in B. Pereira & G. S. Carvalho (coordenadoras e co-autoras) *Actividade Física, Saúde e Lazer – A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa – Porto: Lidel.
- Carvalho, M. M. (2002) *A Medicina em História – A Medicina Hipocrática*. Revista Saúde Mental, volume IV, n.º 1, 41-43.
- Cohen, L., Manion L. & Morrison, K. (2008) *Research Methods in Education* (5ª edição). London and New York: Routledge.
- Conrado, C. A., Maciel, S. M. & Oliveira, M. R. (2004) *A School-Based Oral Health Educational Program: The Experience of Maringá – PR, Brazil*. Journal of Applied Oral Science, volume 12, n.º 1.

- Costa, H. B. & Paixão, M. F. (2004) Investigar na e sobre a Acção através de Diários de Formação, in L. Oliveira, A. Pereira & R. Santiago (orgs.) *Investigação em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Costa, J. (1995) *Guia Prático da Saúde – O Que Todos Devem Saber*. Lisboa: Terramar.
- Denman, S. (1998) *The Health-Promoting School: Reflections on School-Parent Links*. Health Education Journal, volume 98, n. ° 2, 55-58.
- DGS – Direcção Geral de Saúde (2002) *Manual de Boas Práticas em Saúde Oral – Para Quem Trabalha com Crianças e Jovens Com Necessidades de Saúde Especiais*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2005) *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2006) *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral: Avaliação do Risco em Saúde Oral*. Circular Normativa n.º 9/DSE de 19 de Julho. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2009) *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral: Crianças e Jovens que Frequentam Escolas Públicas e Instituições de Solidariedade Social*. Circular Normativa n.º 2/DSPPS/ DCVAE de 9 de Janeiro. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (s/d) *Escovagem dos Dentes – Como Fazer – Programa Nacional de Promoção de Saúde*. Direcção-Geral de Saúde (folheto informativo).
- Dias, A. F. (2004) *Motivação em Educação em Saúde Bucal: Técnica de Aproximação e Integração entre Alunos da Educação Infantil e Cirurgião-Dentista – Projecto de Pesquisa*. Curso de Especialização em Saúde Colectiva, Brasília.
- Dias, J. L. (2000) Os Problemas de Saúde dos Portugueses, in J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. T. Vilaça, R. Henriques & T. Lacerda (orgs) *Educação para a Saúde* (2ª edição). Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Universidade do Minho.
- Dias, S. F. (2006) *Educação pelos Pares: Uma Estratégia na Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Dimitri, V. & Harald, M. E. (2003) *Ecology of Oral Health: a Complexity Perspective*. European Journal of Oral Sciences, volume 111, 285-290.

Duarte, R., Leite, C. & Migliora, R. (2006) *Crianças e Televisão: O Que Elas Pensam Sobre o Que Aprendem Com a Televisão*. Revista Brasileira de Educação, volume 11, n.º 33.

Faria, H. (2002) *Escolas Promotoras de Saúde – Factores Críticos para o Sucesso da Parceria Escola – Centro de Saúde*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Flores, E. & Drehermer, T. (2003) *Conhecimentos, Percepções, Comportamentos e Representações de Saúde e Doença Bucal dos Adolescentes de Escolas Públicas de Dois Bairros de Porto Alegre*. Ciência & Saúde Colectiva (online), volume 8, n.º 3, 743-752.

Freitas, C., Paz, M. & Faria, P. (2000) Escola Saudável para Crescer em Saúde, in J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. T. Vilaça, R. Henriques & T. Lacerda (orgs) *Educação para a Saúde* (2ª edição). Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Universidade do Minho.

Gil, A. C. (1999) *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (5ª edição). São Paulo: Editora Atlas S.A.

Gil, G. & Diniz, J. A. (2008) *A Promoção da Saúde na Educação de Infância: Elaboração de um Instrumento que Privilegia as Práticas dos Educadores*. I Congresso Internacional em Estudos da Criança – Infâncias Possíveis, Mundos Reais. Braga: Instituto de Estudos da Criança.

Gil, G. & Diniz, J. A. (2009) Percepções dos Educadores de Infância Face às Suas Práticas de Educação para a Saúde: Construção e Validação de um Questionário, in J. Bonito (coord.) *Educação para a Saúde no Século XXI – Teorias, Modelos e Práticas*, volume II. Évora: Universidade de Évora.

Gomez, G. R., Flores, J. & Jimenez, E. (1996) *Metodologia de la Investigacion Cualitativa*. Malaga: Ediciones Aljibe.

Hagquist, C. & Starrin, B. (1997) *Health Education In Schools – From Information to Empowerment Models*. Health Promotion International, Oxford University Press, volume 12, n.º 3, 225-232.

Hansen, K., Hoffmann, M., Rodrigus, T. & Flores, M. (2006) *Hábitos de Higiene: É Cedo Que Se Começa*. Fórum Internacional Integrado de Cidadania: Educação, Cultura, Saúde e Meio Ambiente. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santo Ângelo.

Hohmann, M. & Weikart, D. P. (2003) *Educar a Criança* (2ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Júnior, J., Santos, A., Chevitarese, T. Magalhães, M. & Melo, E. (2005) *Hábitos de Higiene através de Músicas Infantis*. Anais do 8º Encontro da Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Júnior, M. M. & Mialhe, F. L. (2008) *A Importância da Professora na Promoção de saúde Bucal dos Escolares*. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, 20 (1), 19-22.
- Lopes, O. C. (1970) *A Medicina no Tempo*. São Paulo: Edições Melhoramentos.
- Luis, H., Assunção, V., Morgado, I., Bernardo M., Martin, M., Leitão, J. & DeRouen, T. (2009) Programa de Educação para a Higiene Oral: Uma Experiência de Intervenção a Nível Individual e a Nível Comunitário, in J. Bonito (coord). *Educação para a Saúde no Século XXI – Teorias, Modelos e Práticas*, volume II. Évora: Universidade de Évora.
- Marks, R. (2009) *Schools and Health Education – What Works, What is Needed, and Why?* Health Education Journal, volume 109, n. ° 1, 4-8.
- Mata, I. & Almeida, I. (1989) *Creche Coletiva/Creche Familiar e Desenvolvimento Infantil*. Análise Psicológica, volume 7, n.º 1,2,3, 423-433.
- Máximo-Esteves, L. (2008) *Visão Panorâmica da Investigação-Acção*. Porto: Porto Editora.
- ME – Ministério da Educação (1997) *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação.
- MS – Ministério da Saúde (2006a) *Dentes e Gengivas*, <http://www.portaldasaude.pt/NR/exeres/661CC91F-347E-4304-A56E-6C56920D7C48.htm> (22.11.2009).
- MS – Ministério da Saúde (2006b) *Saúde Oral na Infância*, <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/infancia/Saude+oral+na+infancia.htm> (23.11.2009).
- MS – Ministério da Saúde (2006c) *Problemas e Doenças Oraís a evitar*, <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+oral/saudeoral.htm> (28.11.2009).
- Moura, J., Lourinho, L., Valdês, M., Frota, M. & Catrib, A. (2007) *Perspectiva da Epistemologia Histórica e a Escola Promotora de Saúde*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, volume 14, n.º 2, 489-501.

- Novais, S., Batalha, R., Grinfeld, S., Fortes, T. & Pereira, M. (2004) *Relação Doença Cárie-Açúcar: Prevalência em Crianças*. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada João Pessoa, volume 4, n.º 3, 199-203.
- Noyelle, G. (1976) *Dental Hygiene*. Education & Training, volume 18, n.º 1, 24-25.
- Oliveira, C.C. & Fonte, R. (2008) *Parar para Pensar... Que significa Educar para a Saúde?* II Congresso Nacional de Educação para a Saúde – Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia.
- Oliveira, L., Pereira, A. & Santiago, R. (2004) A Formação em Metodologias em Investigação em Educação, in L. Oliveira, A. Pereira & R. Santiago (orgs.) *Investigação em Educação*, pp. Porto: Porto Editora.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (1946) *Constituição da Organização Mundial da Saúde*, <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm> (10.11.2009).
- OMS – Organização Mundial de Saúde (1986) *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2003) *The World Oral Health Report 2003*, http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf (15.11.2009).
- Pacheco, J. (1995) *O Pensamento e a Acção do Professor*. Porto: Porto Editora.
- Parreira, L. L. (1941) *Higiene Elementar*. Porto: Livraria Tavares Martins.
- Pedroso, J. (2008) *Reflexão: Contribuição dos Limites no Desenvolvimento de Crianças com Necessidades Especiais*. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, n.º 5, 230-240.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003) *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pontanel, H. G. & Giudicelli, C. P. (1995) *Protecção da Saúde – Higiene e Meio Ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pottker, R. S. (2002) *Um Estudo sobre o Desenvolvimento Moral da Criança*. Analecta, Guarapuava, Paraná, volume 3, n.º1, 121-134.
- Precioso, J. (2004) *Educação para a Saúde na Escola – Um Direito que Urge Satisfazer*. O Professor, III Série, n.º 85, 17-24.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992) *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (1ª edição). Lisboa: Gradiva.

- Ramos, N. (2004) *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ribeiro, J. L. P. (1998) *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Rodrigues, C. (2008) *Comportamentos, Hábitos e Conhecimentos da Saúde Oral das Crianças: Percepção dos Pais/Encarregados de Educação – Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Rodrigues, V., Carvalho, A., Gonçalves, A. & Carvalho, G. (2007) *Os Professores e a Educação/Promoção para a Saúde*. Braga: Universidade do Minho, Departamento de Ciências Integradas e Língua Materna.
- Rowling, L. & Jeffreys, V. (2000) *Challenges in the Development and Monitoring of Health Promoting Schools*. Health Education Journal, volume 100, n.º 3, 117-123.
- Salgado, R. G., Pereira, R. M. & Souza, S. J. (2005) *Pela Tela, pela Janela: Questões Teóricas e Práticas sobre a Infância e Televisão*. Cadernos CEDES, volume 25, n.º 65.
- Scriven, A. & Stiddard, L. (2003) *Empowering Schools: Translating Health Promotion Principles Into Practice*. Health Education Journal, volume 103, n.º 2, 110-118.
- Sheiham, A. (2001) *Mudança Necessária na Política de Saúde Bucal Brasileira: “O Pulo do Gato”*. Jornal do Site Odonto,
<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/aubrey/artaubrey46.htm> (26.08.2010).
- Sheiham, A. (2005) *Oral Health, General Health and Quality of Life*. Bulletin of the World Health Organization, volume 83, n.º 9, 644-645.
- Silva, C., Fonseca, E & Lourenço, O. (2002) *Valores Morais em Televisão: Análise de uma Série Televisiva de Grande Audiência*. Análise Psicológica, 4 XX, 541- 553.
- Silva, M., Dantas, S., Fernandes, A., Jales, G. & Moraes, F. (2009) *Higiene para Crianças: A Educação como Ferramenta para a Promoção da Saúde, dos Valores Cidadãos e da Consciência Sustentável*. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem: Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental – Fortaleza.
- Sousa, A. B. (2005) *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Spradley, J. P. (1980) *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Stanhope, M. (1999) *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusodidacta.

Tomita, N., Nadanovsky, P., Vieira, A. & Lopes, E. (1999) *Preferências por Alimentos Doces e Cárie Dentária em Pré-Escolares*. Revista de Saúde Oral, volume 33, n.º 6, 542-546.

Trigo, M. (2001) *Sorridente*. Lisboa: Garrido Editores.

Vanobbergen, J., Martens, L., Lesaffre, E., Bogaerts, K. & Declerk, D. (2001) *Assessing Risk for Dental Caries in the Primary Dentition*. Community Dentistry and Oral Epidemiology, n.º 29, 424-434.

Weinstein, P. (1998) *Public Health Issues in Early Childhood Caries*. Community Dentistry and Oral Epidemiology, volume 26, 84-90.

Wind, M., Kremers, S., Thijs, C. & Brug, J. (2005) *Toothbrushing at School – Effects on Toothbrushing Behaviour, Cognitions and Habit Strength*. Health Education Journal, volume 105, n.º 1, 53-61.

ANEXOS

ANEXO I
QUESTIONÁRIO
Aplicado como Pré e Pós-Teste

QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE DO MINHO
 INSTITUTO DE ESTUDOS DA CRIANÇA
**MESTRADO EM ESTUDOS DA CRIANÇA – PROMOÇÃO DA SAÚDE
 E DO MEIO AMBIENTE**

INVESTIGADORA: ISABEL ALVES ESTEVES



ORIENTADORA: DOUTORA ZÉLIA ANASTÁCIO

Este questionário constitui-se um indispensável instrumento para aferir e avaliar conhecimentos, valores e atitudes de crianças de Jardim-de-Infância acerca das temáticas saúde e higiene, particularmente a oral.

DATA: _____

LOCAL: Jardim-de-Infância _____

DADOS PESSOAIS DA CRIANÇA

1. Quantos anos tens?	____ Anos
2. És menino ou menina?	<input type="checkbox"/> Menino  <input type="checkbox"/> Menina 
3. Quem mora na tua casa? (Assinalar o n.º necessário de opções)	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmão(s)/ Irmã(s) <input type="checkbox"/> Outras pessoas Quem? _____

SAÚDE E HIGIENE

4. Sabes o que é a saúde?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, o que é? _____

5. O que é preciso para ser saudável e não estar doente?

(Assinala o n.º necessário de opções)

☐ Beber água



☐ Beber vinho



☐ Beber leite



☐ Comer alimentos saudáveis
(Fruta, peixe, carne, legumes, ...)












☐ Comer doces



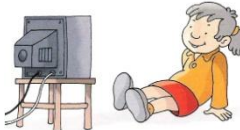

☐ Praticar exercício








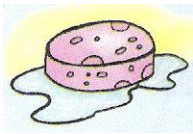

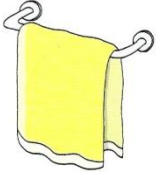


	<p><input type="checkbox"/> Ter más posições, estar mal sentado</p>  <p><input type="checkbox"/> Ir ao médico</p>  <p><input type="checkbox"/> Deitar cedo</p>  <p><input type="checkbox"/> Deitar tarde</p>  <p><input type="checkbox"/> Brincar ao ar livre, no recreio</p>  <p><input type="checkbox"/> Ver televisão</p>  <p><input type="checkbox"/> Tomar banho</p>  <p><input type="checkbox"/> Lavar o cabelo</p>  <p><input type="checkbox"/> Escovar o cabelo</p> 
--	---








	<div data-bbox="820 297 1070 331"><input type="checkbox"/> Lavar os dentes</div> <div data-bbox="1118 219 1337 405"></div> <div data-bbox="820 483 1091 589"><input type="checkbox"/> Usar roupa limpa e confortável todos os dias</div> <div data-bbox="1118 427 1337 591"></div> <div data-bbox="820 701 1051 806"><input type="checkbox"/> Usar a mesma roupa todos os dias</div> <div data-bbox="1142 618 1329 853"></div>
6. É importante tratar do corpo para ser saudável e não estar doente?	<div data-bbox="820 891 920 925"><input type="checkbox"/> Sim</div> <div data-bbox="820 943 920 976"><input type="checkbox"/> Não</div> <div data-bbox="820 994 970 1028"><input type="checkbox"/> Não Sei</div>
7. É importante ter uma alimentação variada, comer de tudo para ser saudável e não estar doente?	<div data-bbox="820 1059 920 1093"><input type="checkbox"/> Sim</div> <div data-bbox="820 1111 920 1144"><input type="checkbox"/> Não</div> <div data-bbox="820 1162 970 1196"><input type="checkbox"/> Não Sei</div>
8. É importante comer muitos doces para ficar cheio de energia?	<div data-bbox="820 1227 920 1261"><input type="checkbox"/> Sim</div> <div data-bbox="820 1279 920 1312"><input type="checkbox"/> Não</div> <div data-bbox="820 1330 970 1364"><input type="checkbox"/> Não Sei</div>
9. É importante fazer exercício físico e brincar ao ar livre para ser saudável e não estar doente?	<div data-bbox="820 1395 920 1429"><input type="checkbox"/> Sim</div> <div data-bbox="820 1447 920 1480"><input type="checkbox"/> Não</div> <div data-bbox="820 1498 970 1532"><input type="checkbox"/> Não Sei</div>
10. É importante ver muitas horas de televisão para aprender muito?	<div data-bbox="820 1563 920 1597"><input type="checkbox"/> Sim</div> <div data-bbox="820 1615 920 1648"><input type="checkbox"/> Não</div> <div data-bbox="820 1666 970 1700"><input type="checkbox"/> Não Sei</div>
<p>11. O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?</p> <p>(Assinalar o n.º necessário de opções)</p>	<div data-bbox="820 1832 1031 1865"><input type="checkbox"/> Ir ao médico</div> <div data-bbox="1177 1794 1350 1955"></div>







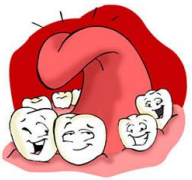

	<div data-bbox="820 297 1038 331" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Tomar banho </div> <div data-bbox="1203 197 1329 400" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="820 481 1058 515" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Lavar o cabelo </div> <div data-bbox="1177 434 1329 602" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="820 665 1086 698" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Escovar o cabelo </div> <div data-bbox="1166 618 1329 786" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="820 848 1069 882" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Lavar os dentes </div> <div data-bbox="1134 801 1345 969" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="820 1068 1110 1137" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Brincar ao ar livre, no recreio </div> <div data-bbox="1193 981 1305 1164" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="820 1196 1098 1350" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Comer alimentos saudáveis (Fruta, peixe, carne, legumes, ...)</div> <div data-bbox="1203 1187 1345 1364" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="826 1458 1112 1491" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Andar de bicicleta </div> <div data-bbox="1145 1379 1345 1568" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="826 1624 1094 1662" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Nadar na piscina </div> <div data-bbox="1153 1608 1345 1753" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="826 1843 1098 1881" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Andar de balanço </div> <div data-bbox="1153 1787 1345 1946" data-label="Image"> </div>
--	---







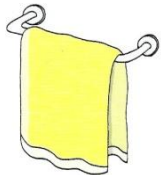

	<p><input type="checkbox"/> Ver televisão </p> <p><input type="checkbox"/> Jogar à bola </p> <p><input type="checkbox"/> Outro(s) O quê? _____</p>
<p>12. Sabes o que é a higiene?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, o que é? _____</p> <p>_____</p> <p>E para que é importante? _____</p> <p>_____</p>
<p>13. É importante ter o corpo limpo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não Sei</p> <p>Se sim, porquê? _____</p> <p>_____</p>
<p>14. Quando tomas banho?</p>	<p><input type="checkbox"/> Todos os dias à noite</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os dias de manhã</p> <p><input type="checkbox"/> Uns dias à noite</p> <p><input type="checkbox"/> Uns dias de manhã</p>
<p>15. Onde costumavas tomar banho?</p>	<p><input type="checkbox"/> Banheira</p> <p><input type="checkbox"/> Chuveiro</p> <p><input type="checkbox"/> Bidé</p> <p><input type="checkbox"/> Bacia</p>

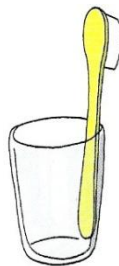





<p>16. Lavas o cabelo todos os dias?</p> 	<p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sei Se não, quando lavas? _____ _____ </p>
<p>17. Escovas o cabelo todos os dias?</p> 	<p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sei Se não, quando escovas? _____ _____ </p>
<p>18. Porque é que é importante lavar e escovar o cabelo?</p>  	<p> _____ _____ _____ </p>
<p>19. O que é preciso para tomar banho, lavar e escovar o cabelo?</p>   	<p> <input type="checkbox"/> Esponja  </p> <p> <input type="checkbox"/> Líquido de bochechar (Elixir)  </p> <p> <input type="checkbox"/> Toalha  </p>






	<div data-bbox="820 241 986 277" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Sabonete </div> <div data-bbox="1150 210 1342 367" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="820 465 1098 555" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Copo e Escova dos dentes </div> <div data-bbox="1219 367 1331 627" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="820 739 989 775" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Shampoo </div> <div data-bbox="1246 696 1307 842" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="820 1016 1066 1052" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Pasta de dentes </div> <div data-bbox="1118 965 1342 1120" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="820 1236 1040 1272" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Gel de banho </div> <div data-bbox="1206 1187 1318 1359" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="820 1456 1091 1491" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Escova de cabelo </div> <div data-bbox="1158 1406 1334 1527" data-label="Image"> </div>
<p>20. Lavas as mãos muitas vezes por dia?</p>	<div data-bbox="628 1783 788 1935" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="820 1733 922 1769" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Sim </div> <div data-bbox="820 1787 922 1823" data-label="Text"> <input type="checkbox"/> Não </div> <div data-bbox="836 1845 1273 1935" data-label="Text"> <p>Porquê? _____ _____</p> </div>







<p>21. Quando é que lavas as mãos?</p> 	<p> <input type="checkbox"/> Ao acordar <input type="checkbox"/> Ao deitar <input type="checkbox"/> Antes de comer <input type="checkbox"/> Depois de comer <input type="checkbox"/> Antes de ir à casa-de-banho <input type="checkbox"/> Depois de ir à casa-de-banho <input type="checkbox"/> Outro momento Quando? _____ </p>
<p>22. É importante manter a boca limpa?</p> 	<p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sei </p>
<p>23. Para que serve a boca?</p> 	<p> <input type="checkbox"/> Beber  </p> <p> <input type="checkbox"/> Mastigar/Comer  </p> <p> <input type="checkbox"/> Brincar e saltar  </p> <p> <input type="checkbox"/> Cheirar  </p>

	<div data-bbox="820 293 948 338"> <input type="checkbox"/> Beijar </div> <div data-bbox="1139 199 1310 405">  </div> <div data-bbox="820 517 948 562"> <input type="checkbox"/> Ouvir </div> <div data-bbox="1131 450 1323 602">  </div> <div data-bbox="820 734 916 779"> <input type="checkbox"/> Rir </div> <div data-bbox="1158 674 1286 826">  </div> <div data-bbox="820 958 916 1003"> <input type="checkbox"/> Ver </div> <div data-bbox="1131 891 1331 1061">  </div> <div data-bbox="820 1234 932 1279"> <input type="checkbox"/> Falar </div> <div data-bbox="1139 1137 1331 1330">  </div> <div data-bbox="820 1451 1043 1496"> <input type="checkbox"/> Fazer caretas </div> <div data-bbox="1155 1384 1315 1543">  </div>
<p>24. O que existe dentro da boca?</p>	<div data-bbox="580 1588 772 1767">  </div> <div data-bbox="836 1644 1291 1711"> <hr/> <hr/> </div>
<p>25. Para que servem os dentes?</p>	<div data-bbox="596 1800 756 1980">  </div> <div data-bbox="836 1868 1291 1935"> <hr/> <hr/> </div>

<p>26. Os dentes são todos iguais, têm a mesma forma ou tamanho?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">    </div>	<p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sei </p>
<p>27. Os dentes têm nomes diferentes?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sei Se sim, quais? _____ _____ </p>
<p>28. É importante lavar os dentes?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sei Se sim, porquê? _____ _____ </p>
<p>29. O que é preciso para lavar os dentes?</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-start;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 20px;"> <input type="checkbox"/> Esponja  </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 20px;"> <input type="checkbox"/> Elixir (líquido de bochechar)  </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 20px;"> <input type="checkbox"/> Toalha  </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Sabonete  </div> </div>

	<div data-bbox="813 293 1102 389"> <input type="checkbox"/> Copo e Escova dos dentes </div> <div data-bbox="1197 199 1315 463">  </div> <div data-bbox="813 622 1029 663"> <input type="checkbox"/> Fio dentário </div> <div data-bbox="1201 575 1299 716">  </div> <div data-bbox="813 898 1069 938"> <input type="checkbox"/> Pasta de dentes </div> <div data-bbox="1112 833 1339 983">  </div> <div data-bbox="813 1171 1043 1214"> <input type="checkbox"/> Gel de banho </div> <div data-bbox="1185 1095 1299 1270">  </div> <div data-bbox="813 1447 1096 1489"> <input type="checkbox"/> Escova de cabelo </div> <div data-bbox="1150 1404 1329 1525">  </div>
<p>30. Quantas vezes lavas os dentes por dia?</p>	<div data-bbox="606 1702 790 1877">  </div> <div data-bbox="813 1671 1278 1879"> <input type="checkbox"/> Uma vez por dia <input type="checkbox"/> Duas vezes por dia <input type="checkbox"/> Mais de duas vezes por dia <input type="checkbox"/> Não escovo/ Raramente escovo </div> <div data-bbox="813 1895 1272 1960"> <p>Caso não escove os dentes, passar para a questão n.º 37.</p> </div>

<p>31. Quando escovas os dentes?</p> 	<p> <input type="checkbox"/> Ao acordar <input type="checkbox"/> Ao deitar <input type="checkbox"/> Depois de comer <input type="checkbox"/> Outro momento Quando? _____ </p>
<p>32. Quem te ensinou a lavar os dentes?</p> 	<p> <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Educadora/Professor <input type="checkbox"/> Médico ou Enfermeiro <input type="checkbox"/> Outro Quem? _____ </p>
<p>33. Costumas escovar os dentes sozinho?</p> 	<p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, quem te ajuda? _____ </p>
<p>34. Tens uma escova de dentes só para ti?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sei Se sim, porquê? _____ _____ </p>
<p>35. Descreve como lavas os dentes.</p> 	<p> _____ _____ _____ </p>
<p>36. Lavas a língua com a escova dos dentes?</p> 	<p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </p>

<p>37. Sabes o que é o fio dentário?</p> 	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, o que é? Costumas usar?</p> <p>_____</p>
<p>38. Já bochechaste a boca com algum líquido?</p> 	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não Sei</p>
<p>39. Já foste ao dentista?</p> 	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não Sei</p> <p>Se sim, gostaste? _____</p> <p>Porquê? _____</p>
<p>40. É importante ir ao dentista?</p> 	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não Sei</p>
<p>41. Já tiveste dores de dentes?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não Sei</p>
<p>42. Sabes o que é uma cárie no dente?</p> 	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, o que é? _____</p>
<p>43. Costumas comer doces?</p> 	<p><input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Não, nunca ou raramente como</p> <p><input type="checkbox"/> Às vezes</p>
<p>44. Os doces são perigosos para os dentes, fazem-lhes mal?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não Sei</p>

FIM

ANEXO II

APROVAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

Saúde e Higiene Oral em Jardins-de-Infância: Um Benefício ou Um Risco?

Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

Ficha de Inquérito

Identificação da Entidade / Interlocutor

Nome da entidade:

Zélia Ferreira Caçador Anastácio

Nome do Interlocutor:

Isabel Alves Esteves

E-mail do interlocutor:

isa.alves.esteves@gmail.com

Dados do Inquérito

Número de registo:

0070800001

Designação:

Higiene Oral nos Jardins-de-Infância

Descrição:

Este questionário insere-se no âmbito do Mestrado em Estudos da Criança – Promoção da Saúde e do Meio Ambiente da Universidade do Minho, pretendendo ser aplicado no projecto de dissertação: "A Higiene Oral nos Jardins-de-Infância, Um Benefício ou Um Risco?".

Este projecto surge da indispensabilidade da abordagem da Educação para a Saúde no contexto da Educação Pré-Escolar, distinguindo a área da Higiene Oral.

Pretende avançar com uma investigação-acção, na qual se procurará, após aferir acerca de conhecimentos, valores e atitudes das crianças de Jardim-de-Infância na área da saúde e higiene oral, aplicar um programa de intervenção pedagógica, estruturado em sessões direccionadas para esta mesma temática no âmbito do pré-escolar.

Atendendo a estas sessões e respectivos resultados, avaliar-se-ão posteriormente os "novos" conhecimentos, valores e atitudes verificando a possibilidade de aferir, avaliar e concluir sobre benefícios e/ou riscos desta abordagem.

Perante isto, é perceptível a necessidade da aplicação do questionário a crianças de Jardim-de-Infância com três, quatro e cinco anos, pretendendo este ser um instrumento em dois momentos do projecto: como pré-teste (fase de diagnóstico), antes do programa de intervenção pedagógico (acção) e como pós-teste (fase de avaliação), após o respectivo programa.

Nestes dois momentos, pretende aferir e avaliar conhecimentos, valores e atitudes das crianças sobre a temática do projecto.

Para tal, apresenta-se sob a forma de um questionário misto, composto por questões abertas e fechadas, num total de quarenta e quatro perguntas.

As questões apresentam, na sua maioria, imagens relativas ao seu conteúdo para suscitar o interesse das crianças bem como para facilitar a compreensão para o preenchimento, uma vez que as crianças a quem se destina este questionário não sabem ainda ler, pelo que precisarão de ajuda nesse aspecto.

É constituído por duas partes, a primeira relativa aos dados pessoais da criança e a segunda direccionada para a área da saúde e higiene, que permitirão, no seu conjunto, adquirir um conjunto de dados indispensáveis ao desenrolar do projecto.

Objectivos:

Este projecto de investigação apresenta como objectivo geral explorar os benefícios e/ou riscos da higiene oral no contexto do Pré-Escolar, concluindo sobre a abordagem desta área nos Jardins-de-infância.

Como objectivos específicos apresenta:

Aferir sobre os conhecimentos, valores e atitudes das crianças acerca da higiene oral;
Aferir acerca da opinião de pais/encarregados de educação e educador sobre a importância da higiene oral com crianças em idade pré-escolar e sobre a sua abordagem nos Jardins-de-infância;
Aplicar um programa de intervenção pedagógico, estruturado em sessões, direccionadas para a higiene oral, no sentido de promover/melhorar conhecimentos, valores e atitudes na área, em crianças em idade pré-escolar;
Aferir, avaliar e concluir sobre os resultados da intervenção pedagógica, através da comparação das respostas alcançadas com um Pré-teste e um Pós-teste e de observações no decurso das sessões.

Como tal, o questionário será o meio que permitirá atingir os objectivos descritos anteriormente, envolvendo particularmente aqueles que dizem respeito à aferição e avaliação de conhecimentos, valores e atitudes das crianças de Jardim-de-Infância acerca da higiene oral.

Periodicidade:

Pontual

Data do início do período de recolha de dados:

16-11-2009

Data do fim do período de recolha de dados:

31-01-2010

Universo:

Crianças de Jardim-de-Infância - 3, 4 e 5 anos

Unidade de observação:

Jardim-de-Infância n.º 1 de Carapeços e Jardim-de-Infância n.º 2 de Carapeços - Barcelos

Método de recolha de dados:

Questionário e observação

Inquérito registado no Sistema Estatístico Nacional:

Não

Inquérito aplicado pela entidade:

Sim

Instrumento de inquirição:

[00708_200910261923_Documento1.pdf](#) (PDF - 964,43 KB)

Nota metodológica:

[00708_200910261923_Documento2.pdf](#) (PDF - 134,69 KB)

Outros documentos:

Saúde e Higiene Oral em Jardins-de-Infância: Um Benefício ou Um Risco?

[00708_200910261923_Documento3.pdf](#) (PDF - 25,48 KB)

Data de registo:

26-10-2009

Versão:

1 (1)

Dados adicionais

Estado:

Aprovado

Avaliação:

Exma. Senhora Dra. Isabel Alves Esteves

Venho por este meio informar que o pedido de realização de questionário em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal.

Com os melhores cumprimentos

Alexandra Marques

Directora-Geral

DGIDC

Observações:

Sem observações

Outras observações:

ANEXO III
AUTORIZAÇÕES
Para a Investigação



Exmo. Sr. Director do Agrupamento
de Escolas Vale do Tâmega

Assunto: Pedido de Autorização para um Projecto de Investigação

Data: 10 de Dezembro de 2009

No âmbito do Mestrado de Promoção da Saúde e do Meio Ambiente, ministrado no Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, encontro-me a desenvolver um projecto de investigação que reflecte a importância da abordagem da Educação para a Saúde no contexto do Pré-Escolar, distinguindo a área da Higiene Oral.

A investigação tem como objectivo geral identificar os benefícios e/ou riscos da higiene oral neste mesmo contexto para concluir sobre esta abordagem nos Jardins-de-Infância.

Para a sua consecução, será necessário um contacto directo com as crianças do Jardim-de-Infância n.º 1 e n.º 2 de Carapeços, aplicando um questionário (*em anexo e aprovado pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular a 9.12.2009*) para aferir sobre os seus conhecimentos, valores e atitudes sobre a higiene oral. Aplicar-se-á igualmente um programa pedagógico, estruturado em actividades, direccionadas para a temática para, posteriormente, aferir, avaliar e concluir sobre a mesma com uma nova aplicação do mesmo questionário.

Como tal, venho por este solicitar à Direcção deste Agrupamento de Escolas a sua autorização para a implementação deste projecto de investigação, mediante a concordância das Educadoras responsáveis pelos Jardins-de-infância referidos, bem como dos Pais ou Encarregados de Educação das respectivas crianças.

Será sempre respeitada a confidencialidade das crianças, bem como dos Jardins-de-Infância envolvidos.

Certa da vossa atenção e com os melhores cumprimentos,

Barcelos, 10 de Dezembro de 2009

(Isabel Alves Esteves)

Exma. Sra. Educadora do Jardim-de-Infância
de Carapeços

Assunto: Pedido de Colaboração para um Projecto de Investigação

Data: 21 de Setembro de 2009

No âmbito do Mestrado de Promoção da Saúde e do Meio Ambiente, ministrado no Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, encontro-me a desenvolver um projecto de investigação que reflecte a importância da abordagem da Educação para a Saúde no contexto do Pré-Escolar, distinguindo a área da Higiene Oral.

A investigação tem como objectivo geral identificar os benefícios e/ou riscos da higiene oral neste mesmo contexto para concluir sobre esta abordagem nos Jardins-de-Infância.


Para a sua consecução, será necessário um contacto directo com as crianças do Jardim-de-Infância n.º 1 de Carapeços para aferir sobre os seus conhecimentos, valores e atitudes sobre a higiene oral. Aplicar-se-á igualmente um programa pedagógico, estruturado em sessões, direccionadas para a temática para, posteriormente, aferir, avaliar e concluir sobre a mesma.

Será sempre respeitada a confidencialidade das crianças, bem como dos Jardins-de-Infância envolvidos.

Tendo já requerido autorização para a implementação deste projecto de investigação junto da direcção do agrupamento, venho por este meio solicitar a sua colaboração para o mesmo.

Certa da sua atenção e com os melhores cumprimentos,

Barcelos, 10 de Dezembro de 2009


(Isabel Alves Esteves)

Exmo. Sr. Encarregado de Educação
Jardim-de-Infância n.º ____ de Carapeços

Assunto: Pedido de Colaboração do Educando num Projecto de Investigação

Data: 21 de Setembro de 2009

No âmbito do Mestrado de Promoção da Saúde e do Meio Ambiente, ministrado no Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, eu, enquanto Educadora de Infância, encontro-me a desenvolver um projecto de investigação que aborda a importância da Educação para a Saúde no contexto do Pré-Escolar, distinguindo a área da Higiene Oral.


O projecto tem como objectivo geral identificar os benefícios e/ou riscos da higiene oral neste mesmo contexto para concluir sobre esta abordagem nos Jardins-de-Infância.

Tendo já requerido autorização e colaboração para a implementação deste projecto junto da Direcção do Agrupamento e da Educadora responsável do Jardim-de-Infância que o seu educando(a) frequenta, venho por este meio solicitar a vossa autorização para a colaboração dos vossos educandos no mesmo.

A colaboração consistirá essencialmente na participação em propostas de actividades pedagógicas direccionadas para a temática da higiene oral, sendo sempre respeitada a confidencialidade das crianças.

Certa da sua atenção e com os melhores cumprimentos,

Barcelos, 10 de Dezembro de 2009


(Isabel Alves Esteves)

Eu, _____, Encarregado de Educação de
_____, declaro que autorizo/não autorizo (riscar o que não
interessa) o meu Educando a participar/colaborar no projecto de Higiene Oral.

O Encarregado de Educação

ANEXO IV
ELEMENTOS DO PROGRAMA
DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA

1ª Sessão

Apresentação de Diapositivos



Todos os dias brincamos, saltamos, corremos, transpiramos e suamos-nos. Por isso, fazemos a nossa higiene, isto é, tomamos banho, lavamos o corpo todos os dias e o cabelo com frequência.

Lavamo-nos para tirar a sujidade e os maus cheiros, para ficarmos limpos e saudáveis sem doenças.




Para lavarmos o corpo usamos o gel de banho ou o sabonete. Também podemos usar uma esponja.

Para o cabelo usamos o champô para lavar e a escova ou o pente para escovar. Devemos escovar o cabelo todos os dias para tirar o pó.



Durante o dia brincamos e mexemos em tudo. Apanhamos pequenos bichinhos invisíveis que estão por todo o lado e podem causar doenças se entrarem no teu corpo. Chamam-se micróbios que podem ficar nas mãos ou no corpo.



Para evitar que fiquemos doentes com estes micróbios, devemos lavar cuidadosamente as mãos. Esfregá-las muito bem.

Devemos lavá-las sempre que estejam sujas, antes e depois de comer e ainda quando vamos à casa de banho.

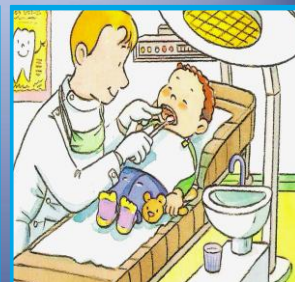
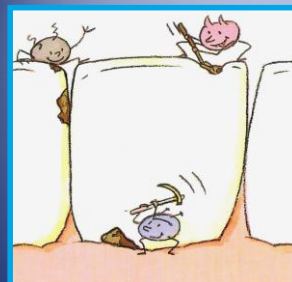


Para além de termos cuidado com as nossas mãos, também temos que prestar atenção e cuidar dos nossos dentes. Para isso, devemos escovar todos os dentes durante uns minutos, sem nos esquecermos de nenhum. Todos têm que ser bem escovados.

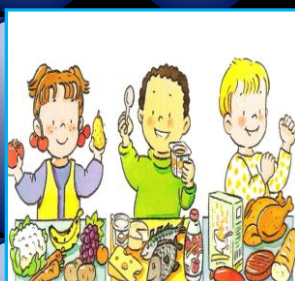


Devemos lavá-los sempre depois de comer e antes de irmos dormir.

Também temos de ter cuidado com os doces, pois se comermos demasiados podem vir a estragar os dentes.

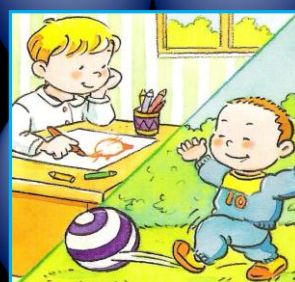
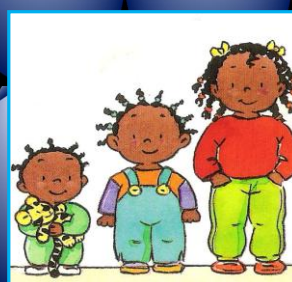


Quando não temos cuidado com os dentes, eles podem ser "atacados" por micróbios. Ficam estragados com buracos a que chamamos de cáries. Para sabermos se temos os dentes bons e saudáveis, devemos ir ao dentista, o médico que trata os dentes. Se os dentes não estiverem bons, é o dentista que os vai tratar.

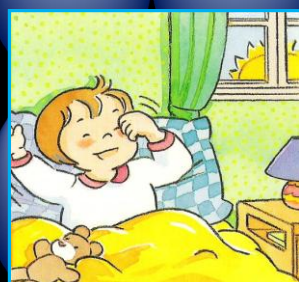
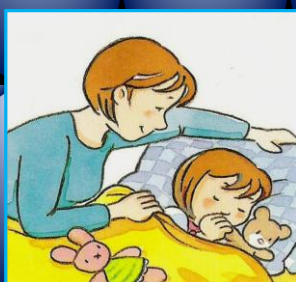


Para além de cuidarmos do nosso corpo, temos cuidado com os dentes, temos ainda que ter atenção ao que comemos.

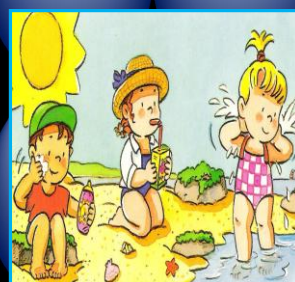
Devemos comer um pouco de tudo para nos sentirmos bem, para termos saúde e não ficarmos doentes.



É importante comer para termos energia. Só assim poderemos crescer e termos forças para brincar, trabalhar e pensar.



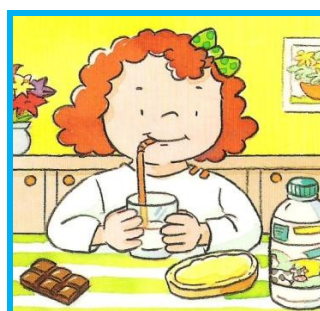
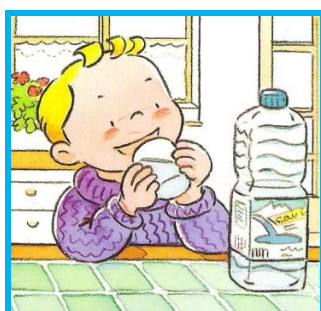
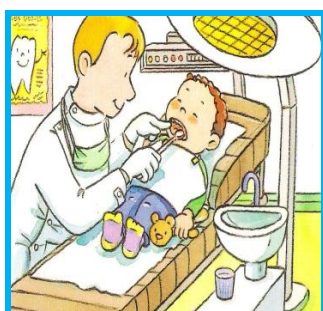
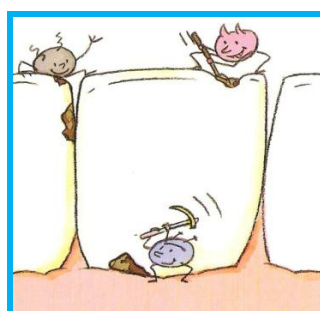
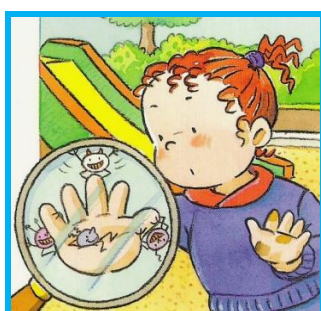
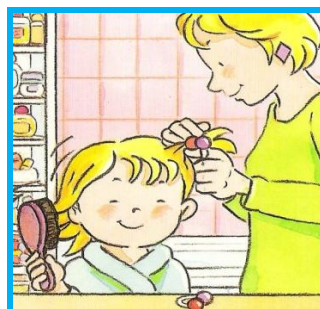
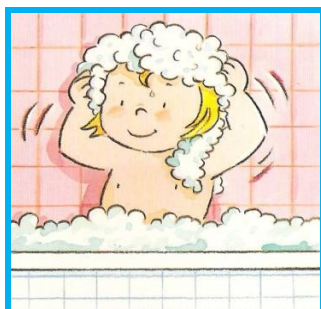
Para termos forças precisamos também de descansar e dormir bem, é importante deitarmo-nos cedo à noite para que de manhã acordemos cheios de energia para um novo dia.

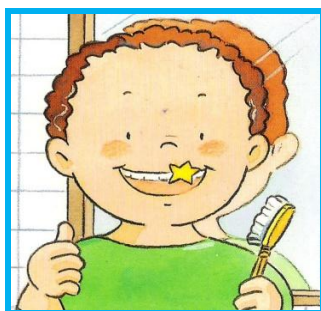
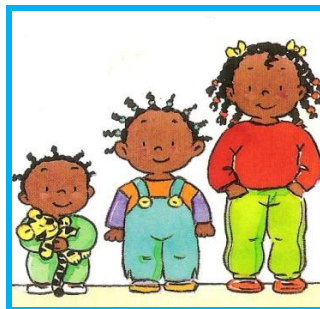
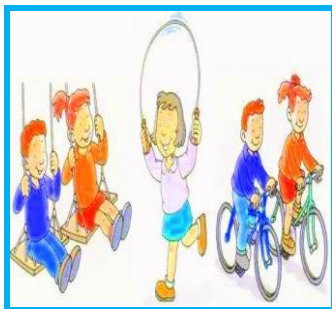
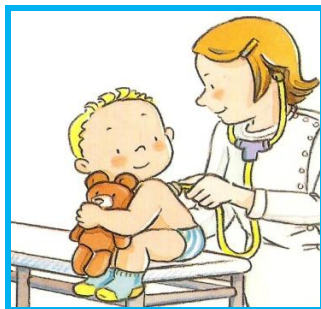
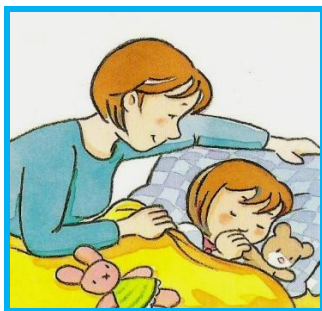


Quando acordamos de manhã devemos ver como está o tempo para nos vestirmos de acordo com o frio ou com o calor.



Imagens do “Jogo de Memória”





2ª Sessão

Imagens dos Elementos do “Baú da Saúde e Higiene”



3ª Sessão

Imagem do Material do *Dental Show*

História “Os Roogies Sorridentes”

“Os *Roogies* são uns dentes muito sorridentes, estão sempre brancos e brilhantes, porque o *Dr. Roogies* lava-os muito bem ao som de uma música mágica que existe no planeta sorridente, que fica lá no *Dental Space*.

Depois de descobrirem o planeta Terra, os *Roogies* verificaram que as crianças cá na Terra não têm os dentes tão limpos e saudáveis. Por isso, decidiram vir na nave branca com o *Dr. Roogies* ensinar as crianças a combater as doenças que afectam os seus dentinhos. Trazem com eles o *Dental Space*, onde realizam o *Roogies Dental Show*”.

Música “Os Roogies Sorridentes”

Lavar lavar,	<i>São os sorridentes,</i>	<i>São os sorridentes.</i>	Escovar a língua,
Escovar escovar,	<i>Vão lavar os dentes</i>	<i>Vão lavar os dentes</i>	Escovar a língua,
Tudo bem brilhante	<i>Todos contentes,</i>	<i>Todos contentes,</i>	Ehhhhh, ehbbb
Tudo bem limpinho	Ehhhhh, ehbbb	Vão os Sorridentes:	<i>São os Sorridentes,</i>
Ehhhhh, ehbbb	A nave branca traz os	Twan, Kaka e Telma	<i>Vão lavar os dentes</i>
<i>São os sorridentes,</i>	Roogies – Sorridentes	Vão lavar os dentes,	<i>Todos contentes,</i>
<i>Vão lavar os dentes,</i>	Vai ensinar como	Todos contentes,	<i>Todos contentes,</i>
<i>Todos contentes</i>	escovar e bem lavar	Roogies Sorridentes	<i>Todos contentes,</i>
Vão os sorridentes:	Com a pasta na escova,	São os sorridentes	Roogies Sorridentes.
Twan, Kaka e Telma	Vamos lá começar	Vão lavar os dentes	
Vão lavar os dentes,	Dentes brancos sempre	Todos contentes,	
Todos contentes,	a brilhar.	Roogies – Sorridentes,	
Roogies – sorridentes.	Ehhhhh, ehbbb	Ehhhhh, ehbbb	

4ª Sessão

Apresentação de Diapositivos: “Escovar os Dentes”



5ª Sessão

Apresentação de Diapositivos: "Vamos ao Dentista"





ANEXO V
DIÁRIO DE BORDO

A primeira sessão do programa de intervenção pedagógica teve lugar na Escola Básica/Jardim-de-Infância onde coexistem dois níveis de educação: a educação pré-escolar e o 1º ciclo. A sessão direccionou-se para as crianças do estudo, correspondentes às duas salas de jardim-de-infância.

Por ser uma sessão mais longa e com uma parte lúdica associada, optou-se por fazer a sua realização com uma sala de cada vez em momentos diferentes.

Estiveram sempre envolvidos, para além da investigadora e do grupo de crianças, a educadora da sala e a respectiva auxiliar de acção educativa.

Em ambos os momentos, a investigadora principiou a sessão com a visualização da apresentação: “Saúde e Higiene” (anexo IV). Aproveitando a montagem de imagens presentes no primeiro diapositivo da apresentação, a investigadora procurou que as crianças atendessem a cada uma delas e as analisassem de acordo com os seus conhecimentos.

Procurou-se, desta forma, ver o nível de envolvimento das crianças em relação a esta temática da saúde e da higiene. Tal possibilitou à investigadora, no decorrer da sessão, “*partir do que as crianças sabem, da sua cultura e saberes próprios*” (ME, 1997:19), encarando-as como sujeitos activos na construção do seu conhecimento. Pretendeu-se, com esta estratégia, alcançar uma aprendizagem mais significativa por parte das crianças.

Num primeiro instante, as crianças permaneceram absorvidas com as imagens da montagem do primeiro diapositivo, ao mesmo tempo que a investigadora introduzia os conceitos de saúde e higiene, questionando-os sobre os mesmos. Apenas uma criança exclamou, em relação à higiene: “*É para nós vivermos!*” Dando seguimento a esta exclamação, a investigadora questionou sobre o que era necessário para viver, para ter higiene e saúde, sugerindo que as crianças direccionassem a atenção para as imagens.

Passou-se assim, a uma análise de cada imagem do primeiro slide, denotando-se em ambos os grupos uma maior participação e receptividade, que sugere desde logo, um relativo grau de envolvimento com a temática em questão.

Descrevendo cada imagem, as crianças demonstraram uma certa compreensão no sentido de afirmarem a necessidade de fazer a higiene – tomar banho, lavar as mãos, lavar os dentes – para não ficarem sujos “*com bichinhos*”, tendo uma criança indicado que estes se chamavam micróbios, voltando-se posteriormente a referir-se aos mesmos como bactérias.

Avançando com a apresentação, os primeiros diapositivos direccionavam-se para a higiene em geral, focando a importância do banho para a alcançar. Abordaram-se os elementos/materiais necessários para este momento de limpeza bem como a sua frequência ideal. Realçou-se igualmente a imprescindibilidade de manter as mãos limpas, abordando-se também a frequência, permitindo um espaço de tempo às crianças para que elas pensassem quando seria necessário fazê-lo. Em conjunto, investigadora e crianças concluíram que se deve lavar as mãos sempre que estão sujas, antes e depois das refeições e quando se vai à casa de banho.

No seguimento da apresentação, debruçando-nos sobre a higiene oral, focalizou-se a importância de escovar os dentes correctamente com os elementos/materiais para o efeito, aspecto este que as crianças dominaram de forma acertada, enumerando *“a escova com a pasta”* e *“o copo com água”*. Questionando-se as crianças, acrescentou-se ainda a necessidade de escovar os dentes *“sempre depois de comer”* e *“antes de dormir”*.

Perante o diapositivo de uma criança a comer e rodeada de doces, o grupo da primeira sala constatou facilmente que os doces podem prejudicar os dentes, confirmando com algumas afirmações: *“depois nascem os micróbios”*; *“temos que ir ao médico”* e *“temos que ir ao dentista”*. No outro grupo, a investigadora afirmou: *“Temos que ter cuidado com os doces, pois se comermos demasiados podemos vir a estragar os dentes”*, e que estes poderiam ficar com *“buracos”* causados pelos micróbios. Em ambos os grupos, as crianças alcançaram o conceito de *“cárie”*, parecendo compreendê-lo de forma geral, tanto quanto é possível em crianças de tão tenra idade.

A investigadora fez referência ao dentista como um médico a que temos de consultar para ver se os dentes estão bons e saudáveis e que, caso não estejam, é ele que os trata.

Avançando nos diapositivos, progrediu-se com a ideia que, para além da higiene, para que tenhamos saúde *“devemos comer um pouco de tudo”* para termos energia para crescer, brincar, trabalhar, pensar, ... Neste ponto da visualização, as crianças de ambos os grupos enumeraram imensos alimentos saudáveis que tinham de comer.

Com o recurso às imagens presentes nos diapositivos, as crianças afirmaram a necessidade de dormir, tendo a investigadora acrescentado que era importante deitar e levantar cedo.

Atendeu-se ainda à indispensabilidade de adequar o vestuário ao tempo, item que as crianças dominaram na perfeição, descrevendo com facilidade as imagens e justificando correctamente a escolha das diferentes roupas.

Terminando a apresentação, referiu-se a necessidade de ir ao médico com regularidade, independentemente de *“estar com saúde”* ou *“estar doente”*, aspecto que as crianças compreenderam com igual facilidade.

Findo este momento, a pedido da investigadora em ambos os grupos, as crianças dispuseram-se em roda e exploraram, em grande grupo, imagens da temática da Saúde e Higiene em pequenos cartões, o que possibilitou um contacto mais directo com cada uma. Muitas das imagens estavam presentes na apresentação, o que permitiu firmar algumas ideias, destacando a investigadora a noção que ter saúde é sentirmo-nos bem e que para tal, temos que atender a alguns aspectos essenciais para o conseguir, designadamente a higiene, a alimentação, o descanso, ...

Após este momento em que as crianças tiveram a oportunidade de exprimir algumas ideias sobre as imagens que se encontravam a ver, partiu-se para um momento mais lúdico, um jogo, pretendendo ser um recurso pedagógico promotor de aprendizagem e desenvolvimento.

Tanto numa sala como na outra, as crianças dividiram-se em três pequenos grupos, pelos quais se distribuiu o material para o jogo, consistindo num conjunto de cartões de imagens, apresentadas em

duplicado para cada grupo. Intitulado “*jogo da memória*”, teve como objectivo que cada criança, ao jogar na sua vez, pudesse descobrir o par de cada imagem, encontrando-se todos os cartões voltados para baixo.

O jogo e as suas regras foram explicadas em grande grupo às crianças, tendo sido a explicação perceptível a todos os grupos, pelo que começaram a jogar logo de seguida. Estando três adultos presentes – investigadora, educadora de infância e auxiliar de acção educativa – cada um coordenou um grupo, colaborando com as crianças.

Verificou-se que as crianças, enquanto jogavam, observavam e referiam o conteúdo das imagens, demonstrando grande contentamento quando encontravam um par.

Segundo ambas as educadoras, as crianças estavam pouco familiarizadas com este género de jogos, tornando-se este momento uma novidade, sendo desta forma ainda mais enriquecedor para desenvolver os seus conhecimentos, valores e atitudes.

Numa primeira percepção, as crianças parecem envolvidas na temática da Saúde e Higiene, demonstrando conhecimentos, valores e atitudes que provam o contacto com este tema. No entanto, apesar destes conhecimentos, valores e atitudes que comprovam o seu envolvimento, é notório que poucas crianças associavam os cuidados de saúde e higiene que tinham ao próprio conceito ou palavra.

2ª Sessão – 1 e 2 de Março de 2010 – “*Baú da Saúde e Higiene*”

A segunda sessão intitulou-se “*Baú da Saúde e Higiene*”. À semelhança da primeira, abordaram-se os conceitos “Saúde” e “Higiene” com os mesmos “protagonistas”, as crianças das salas do jardim-de-infância.

Ainda em conformidade com a sessão precedente, esta realizou-se com uma sala de cada vez, uma vez que havia a pretensão de permitir às crianças o contacto e a possibilidade de explorar diversos elementos aliados à saúde e à higiene, compreendendo funções, formas e modos de utilização dos mesmos. Aspirava-se igualmente alcançar um momento de diálogo, que possibilitasse que as crianças expressassem as suas práticas, revelando conhecimentos, valores e atitudes, uma vez que as afirmações das crianças “*reflectem as suas próprias experiências e a sua capacidade de compreensão*” (Hohmann & Weikart, 2003:40). Assim sendo, no sentido de escutar e atender a cada criança apresentou-se como relevante o número de crianças ser menor para permitir uma maior participação de cada criança do grupo.

Para além da investigadora e do grupo de crianças, estiveram igualmente presentes a educadora e a auxiliar de acção educativa da sala.

Em ambos os grupos, a investigadora iniciou a sessão com uma estratégia, procurando, mais uma vez, partir dos conhecimentos das crianças (ME, 1997). Explicando que trazia consigo um baú da saúde e higiene, questionou as crianças sobre o que estaria lá dentro. Após alguns momentos de admiração, a investigadora continuou a questionar as crianças, permitindo que fossem elas a descobrir o conteúdo do baú.

Abordando, numa primeira instância, o conceito de higiene, a investigadora perguntou-lhes o que era a higiene, obtendo várias respostas: “*É tomar banho*”; “*É lavar o cabelo*”; “*É lavar o corpo todo*”; “*É lavar os dentes*” ... Continuando o diálogo, a investigadora perguntou-lhes o que precisavam para tudo isso. Começaram então as crianças a enumerar: a escova, o gel de banho, ... Perante a curiosidade das crianças, a investigadora abriu finalmente a caixa. Fazendo uma abordagem a cada elemento, começou-se pela esponja, questionando as crianças sobre o que era, ao que as crianças responderam em uníssono: “*É uma esponja*”. Exclamaram igualmente: “*É para lavar o corpo no banho*”; “*É para pôr o sabonete*”; “*E para o gel*”, entre outras. Prosseguindo, a investigadora tirou do baú uma saboneteira com um sabonete dentro, que logo levou as crianças a afirmarem: “*É um sabonete para lavar as mãos*”; “*E o corpo*”; “*E a cara*”; “*Na cara tem que se pôr com os olhos fechados*”. Tal sugere-nos o uso do sabonete pelas crianças tanto para as mãos e cara, no dia-a-dia como para o corpo, no banho.

As crianças, estando dispostas em roda, passaram o sabonete entre si, cheirando-o, acontecendo o mesmo com o gel de banho, elemento que as crianças também identificaram sem qualquer dificuldade. O champô foi igualmente identificado com facilidade, certificando as crianças que servia para lavar o cabelo, tendo, num dos grupos, sido referenciado: “*É por causa dos piolhos*”. Apresentando o pente e a escova, as crianças expressaram que era necessário pentear o cabelo “*para não ficar guedelhudo*”; “*e feio*”; “*e com chocas*”, sendo esta última designação – “*chocas*” – extremamente comum no meio, significando os “*nós*” do cabelo.

Posteriormente a investigadora mostrou um espelho, explicando que servia para vermos a imagem de cada um. As crianças passaram o espelho entre si, observando-se e sorrindo para o espelho ou até mesmo fazendo caretas.

O elemento apresentado de seguida, uma escova das unhas, originou diferentes respostas, tendo uma criança afirmado que era para usar nos pés, referindo-se talvez às unhas dos pés. Uma outra criança afirmou que usava a escova para as unhas das mãos, tendo mesmo exemplificado como o fazia para que todos pudessem ver.

Passando para uma pequena toalha, as crianças expressaram a ideia que era para se limparem, afirmando igualmente a existência de toalhas de diferentes tamanhos – pequenas, médias e grandes – para limpar diferentes partes do corpo.

Alcançando por fim, os elementos para a higiene oral, a investigadora expôs primeiro o copo dos dentes, que as crianças identificaram imediatamente. No entanto, uma criança exclamou que era para beber, sendo logo de seguida, corrigida por outras que afirmavam: “*É para bochechar, não é para beber*”. Passando para a escova dos dentes e para a pasta, a investigadora explicou a necessidade de lavar todos os dentes, sem esquecer nenhum e de usar apenas uma pequena quantidade de pasta. Questionou as crianças se, para além dos dentes, tinham que lavar mais alguma coisa. A maioria respondeu novamente em uníssono: “*A língua*”.

Prestes a terminar, a investigadora exibiu o elixir, perguntando o que era. As respostas das crianças dirigiram-se, de imediato, para a função daquele líquido: “*É para buchar*”; “*É para bochechar*”; “*Não se pode engolir*”, afirmações que evidenciam o conhecimento e contacto das crianças com este elemento. Ao mesmo tempo, uma criança afirmou que era champô, sendo de imediato contrariada pelos colegas. Sendo “elixir” uma palavra invulgar na linguagem das crianças, a investigadora pronunciou-a devagar para que todos a pudessem repetir de seguida. Explicou que era um líquido para bochechar a boca após a escovagem dos dentes para estes ficarem ainda mais limpos.

Por último, mostrou-se o fio dentário e novamente as respostas das crianças dirigiram-se para as funções daquele elemento: “*É para tirar dentes*”; “*É para tirar os bichos*”; “*É para tirar a carne dos dentes*”. Tal evidencia, mais uma vez, um relativo contacto com o elemento em questão. A investigadora disse que se tratava do fio dentário para usar após a escovagem dos dentes para retirar os “restinhos” dos alimentos entre os dentes.

As crianças tiveram oportunidade de explorar todos os elementos, passando-os entre todos, o que lhes permitiu um contacto mais próximo com a temática e um maior envolvimento na sessão. Procurou-se que as crianças, ao explorarem directamente os elementos com os seus próprios sentidos, vivenciassem um momento de aprendizagem activa (Hohmann & Weikart, 2003).

3ª Sessão – 3 de Março de 2010 – “*Dental Show*”

Esta sessão denominada “*Dental Show*” teve na sua constituição dois momentos. O primeiro, ao contrário das sessões precedentes, envolveu ao mesmo tempo todas as crianças da educação pré-escolar, as respectivas educadoras e auxiliares de acção educativa, um médico dentista e a investigadora, enquanto protagonistas do “*dental show*”.

Este envolvimento de diversos agentes educativos permite enriquecer o processo educativo, uma vez que a participação de outros adultos permite alargar as interacções das crianças (ME, 1997).

Indo ao encontro das Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar que afirmam ser importante que esta “*proporcione situações de distinção entre o real e o imaginário e forneça suportes que permitam desenvolver a imaginação criadora como procura e descoberta de soluções e exploração de diferentes “mundos”*” (ME, 1997: 56), o primeiro momento da sessão conduz as crianças a um novo mundo, o planeta sorridente.

Por detrás dos cenários montados, deu-se a chegada dos protagonistas da história. A personagem “*Smile*”, interpretada pela investigadora, apareceu em cena, saudando as crianças, explicando ao mesmo tempo, que mora no planeta sorridente com os amigos “*Roogies*”, uns dentinhos saudáveis que o “*Dr. Roogies*” escova todos os dias de manhã, à noite e depois das refeições. Procurando a participação e “*despertar a curiosidade*” (ME, 1997:22) nas crianças, a “*Smile*” incentivou as crianças a chamar pelo “*Dr. Roogies*”, personagem interpretada pelo médico dentista, para que todos o pudessem conhecer. Elas, admiradas e sorridentes, assim o fizeram até ao seu

aparecimento. Após a chegada, o “*Dr. Roogies*” apresentou-se às crianças, proporcionando um momento de diálogo entre todos. Questionou-as sobre os elementos essenciais para a escovagem dos dentes, ao que elas responderam sem qualquer hesitação: “*a escova, a pasta e um copo*”. Perguntou igualmente qual era a quantidade de pasta adequada para usar, tendo obtido uma resposta quase em uníssono: “*Pouca*”. Adiantou aspectos extremamente relevantes como a necessidade de cada um ter a sua própria escova de dentes, acrescentando que esta não se empresta a ninguém, nem ao pai, nem à mãe, nem aos irmãos e nem aos melhores amigos na escola. Uma criança interveio, completando a informação: “*Nem ao primo*”. Após o “*Dr. Roogies*” lhes ter perguntado, as crianças referiram correctamente a frequência da escovagem dos dentes: “*À noite, de manhã e depois de comer*”. Finalmente, o doutor partilhou o segredo dos dentes serem tão brancos e saudáveis no planeta sorridente... Para além de serem sempre escovados às “rodinhas” (com movimentos circulares), os “*Roogies*” têm uma música mágica para serem escovados.

O “*Dr. Roogies*” convidou as crianças a levantarem-se e em conjunto, escutarem e dançarem a música mágica (Anexo IV), momento a que as crianças aderiram entusiasmadamente, dançando a música com extrema atenção, tal como o “*Dr. Roogies*”. Apenas uma criança expressou a sua vontade de não participar na dança nem na posterior actividade, ficando sentada sem sequer se levantar. É uma criança pequena que, segundo informação da respectiva educadora, tem mudanças de humor com alguma frequência.

Findo este momento de diálogo e de dança, as crianças foram divididas em quatro grupos para fazerem a escovagem, cada uma num lavatório próprio adequado às crianças e em forma de dente (anexo IV). Assim, para cada grupo, ao som da música mágica foi distribuído por cada criança, uma escova descartável e um copo pequeno igualmente descartável com água. Após se ter colocado um pouco de pasta em cada escova, as crianças começaram a escovar os dentes. De acordo com a música e respeitando os movimentos circulares, as crianças escovaram, em primeiro lugar, os dentes de fora com relevante facilidade, em segundo lugar, os dentes de dentro, perante os quais algumas crianças já manifestaram mais alguma dificuldade, tendo sido mais acompanhadas para conseguirem escová-los da melhor maneira possível. Em terceiro lugar, escovaram os dentes de cima, ou seja, as superfícies de mastigação. Para terminar, escovaram a língua.

O “*Dr. Roogies*” recolheu as escovas, as crianças bochecharam e deitaram fora a água sem dificuldade. Limparam a boca com um guardanapo de papel e despediram-se, parecendo ter gostado desta sessão, que contemplou actividades diferentes para as crianças, durante as quais estas se mantiveram atentas, participativas e divertidas.

Esta quarta sessão foi constituída por dois momentos, sendo que o primeiro envolveu simultaneamente todas as crianças do pré-escolar, as respectivas educadoras e auxiliares de acção educativa e a investigadora, enquanto o segundo se dirigiu para um grupo de crianças de cada vez, atendendo a que teve lugar nas correspondentes salas de actividades.

Descrevendo-os, o primeiro momento consistiu na visualização de uma apresentação de diapositivos adaptada da história: “*Escovar os dentes*” (anexo IV). Pretendendo explorar este momento de higiene com as crianças, a investigadora apresentou a história, narrando-a pausadamente. Enquanto ouviam, as crianças observavam atentas as imagens projectadas, parecendo interessadas. Após a projecção da história, a investigadora explorou, de acordo com a história, todas as etapas da escovagem dos dentes.

As crianças, quando questionadas, afirmaram que a personagem da história lavava os dentes todos os dias, e com a ajuda da investigadora expressaram correctamente a frequência ideal da escovagem dos dentes. Abrangendo a escolha dos materiais no diálogo, as crianças afirmaram em conjunto que necessitavam de: “*Escova, pasta, copo e água*”. Evidenciaram igualmente que a escova é pessoal, não se podendo emprestar a ninguém, apesar de não apresentarem motivos ou justificações para tal.

Abordando o modo da escovagem, as crianças tiveram alguma dificuldade em descrever como deveriam escovar os dentes. Pretendendo reexplorar este item, a investigadora lembrou que era necessário escovar todos os dentes, sem se esquecerem de nenhum, começando pelos dentes de fora, passando para os de dentro e terminando nos de cima. Apesar de não se encontrar descrito na história, as crianças revelaram saber que é indispensável escovar igualmente a língua.

Procurando aferir os conhecimentos das crianças de forma a enriquecê-los, a investigadora questionou o grupo sobre os elementos existentes na boca. Dirigiram, de imediato, as respostas para “*Os dentes*” e “*a língua*”. Uma criança exclamou: “*Os micróbios*” e outra referiu “*As gengivas*”. No seguimento destas respostas, instruindo as crianças para tocarem com a língua no palato, a investigadora explicou que era o céu da nossa boca. As crianças referiram ainda que os lábios se encontram à volta da boca.

Após terem sido questionadas, afirmaram, ainda que um pouco inseguras, que os dentes eram diferentes uns dos outros. A investigadora procurou explicar-lhes que tal acontecia porque os diferentes dentes tinham diferentes funções. Acrescentou ainda que, sendo diferentes, também tinham nomes diferentes: incisivos, caninos e molares. As crianças repetiram os nomes, pronunciando-os com relativa dificuldade.

A investigadora terminou este momento, perguntando às crianças para que usavam a boca. As respostas foram diversas: “*para comer*”; “*para falar*”; “*para beber*”; “*para gritar*”, “*para assobiar*”; “*para fazer caretas*”, entre outras.

Passando para o segundo momento desta sessão, este decorreu na sala de actividades de cada grupo de crianças. Indo ao encontro do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (DGS, 2005), procurou levar-se a cabo a actividade de escovagem “a seco”. Para tal, explicou-se às crianças que iriam escovar os dentes de uma forma um pouco diferente daquilo a que estavam habituadas.

Encontrando-se nas mesas, sentadas nas cadeiras, foi-lhes entregue uma escova de dentes descartável, um copo de plástico igualmente descartável e um guardanapo. Após a investigadora ter colocado a pasta nas escovas, as crianças iniciaram a escovagem de acordo com a apresentação da história, começando por escovar os dentes de fora, depois os de dentro e os de cima, terminando a escovar a língua. Durante este período, a investigadora exemplificou com uma escova como as crianças deveriam escovar, ao mesmo tempo que controlava, vigiava e corrigia o grupo no processo da escovagem. Findo este momento, as crianças deitaram fora o excesso de pasta para o copo descartável e limparam a boca com o guardanapo, colocando-o depois no copo. Recolheram-se as escovas e os copos.

Todas as crianças, à excepção de uma, que rejeitou a participação nesta actividade, escovaram os dentes com extrema facilidade, respeitando as “regras” acordadas com a investigadora, contribuindo para um momento de higiene seguro.

Nenhuma criança apresentou qualquer queixa em relação ao excesso de pasta de dentes que, neste tipo de escovagem, pode por vezes perdurar na cavidade oral.

5ª Sessão – 5 de Março de 2010 – “/da ao Dentista”

Enquanto última sessão deste programa de intervenção pedagógica, também esta contemplou igualmente dois diferentes momentos. À semelhança da sessão precedente, a investigadora iniciou o primeiro momento com uma apresentação de diapositivos adaptada de uma história: “*Vamos ao Dentista*” (anexo IV) para todas as crianças da educação pré-escolar, educadoras de infância e respectivas auxiliares de educação.

Narrando a história ao mesmo tempo que projectava as imagens, a investigadora relatou uma ida ao dentista com naturalidade, procurando preparar as crianças para uma experiência, nova e diferente para algumas.

A projecção interessou às crianças, que se mantiveram em silêncio e atentas, respondendo de seguida às diversas perguntas colocadas pela investigadora. De acordo com a história, as crianças afirmaram a necessidade de ir ao dentista para ver se os dentes estavam bons. Quando questionadas, referenciaram a existência de “*muitos aparelhos*” no consultório e da cadeira que subia e descia e focaram igualmente a necessidade do uso das luvas por parte do dentista. Uma criança mencionou o uso de uma “*lupa*”, querendo referir-se ao pequeno espelho para observação dos dentes, sendo logo corrigida pelos colegas que exclamaram: “*É um espelhinho*”. Responderam ainda, quase em uníssono, que a criança da história tinha 20 dentes identificando-os correctamente como “*dentes de leite*”. Face a esta resposta, a

investigadora procurou sugerir um paralelismo entre todas as crianças e a criança da história, explicando que todas as crianças têm 20 dentes de leite que depois começam a cair para nascerem dentes novos.

A investigadora realçou igualmente os pontos-chave de uma boa higiene oral: a alimentação, a correcta escovagem dos dentes e a necessidade de ir ao dentista.

Após a exploração da história em conjunto, procurou-se que as crianças expressassem as suas reacções perante a ida ao consultório dentista. Num conjunto de quarenta e uma crianças que se encontravam presentes, onze manifestaram receio ou medo, sentindo-se um pouco assustadas com a ida à dentista, afirmando as restantes que desejavam ir. Pretendendo alcançar o bem-estar das crianças, a investigadora explicou que a médica dentista apenas iria observar a boca de cada um deles para ver se tinham os dentes saudáveis.

O segundo momento desta sessão consistiu obviamente na ida à dentista. Atendendo a que o consultório ficava localizado a alguns quilómetros da escola, as crianças foram transportadas na carrinha pertencente à Associação de Pais. Como o percurso era curto, gerou-se a possibilidade de levar alguns grupos de crianças de cada vez, o que permitiu um menor tempo de espera no consultório para o atendimento.

A médica dentista observou individualmente cada criança, registando o seu parecer médico para posterior entrega aos pais. Da totalidade das crianças presentes, apenas uma recusou a observação por parte da médica dentista, resguardando-se ao redor da respectiva educadora. As restantes crianças que tinham inicialmente manifestado algum receio reagiram bem a esta nova experiência.

Ao saírem do consultório, a investigadora entregou a cada criança uma pequena estrela de papel autocolante, como recompensa da presença e do comportamento. Para além da estrela, as crianças receberam posteriormente para levarem para casa, um pequeno saco com uma escova descartável e uma mini-pasta dos dentes.

ANEXO VI

RESULTADOS

Resultados: Pré-Teste e Pós-Teste

Questão: “Sabes o que é a Saúde?”

Tabela – Conceito “Saúde” – Pré e Pós-Teste

CONCEITO “SAÚDE”	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	15	35,7	40	95,2
Não	27	64,3	2	4,8
TOTAL	42	100	42	100

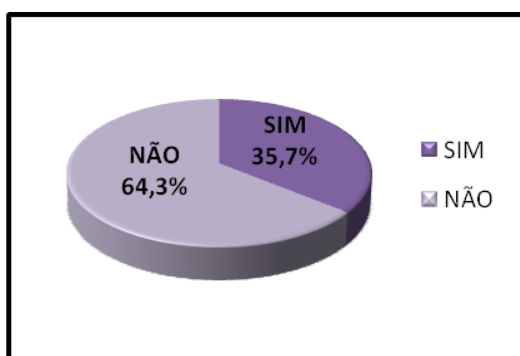


Figura – Conceito “Saúde” – Pré-Teste

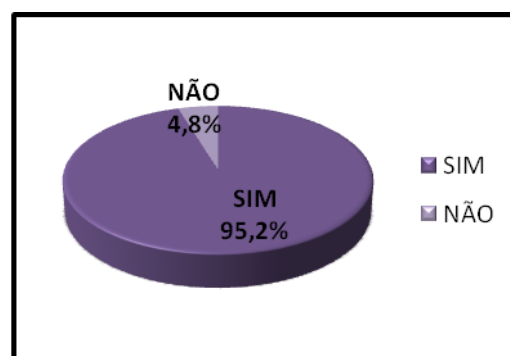


Figura – Conceito “Saúde” – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,0001$; $gl = 4$; $t = 7,765$

Questão: “Se sabes o que é a Saúde, o que é?”

Tabela – Descrição do Conceito “Saúde” – Pré e Pós-Teste

DESCRIÇÃO DO CONCEITO “SAÚDE”	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Ambiente Envolvente	1	2,4	-	-
Aspectos Fisiológicos do Corpo	3	7,1	1	2,4
Alimentação	9	21,4	7	16,7
Descanso	1	2,4	-	-
Alimentação e Exercício Físico	1	2,4	3	7,1
Alimentação e Higiene	-	-	17	40,5
Higiene	-	-	2	4,8
Alimentação, Higiene e Brincar	-	-	4	9,5
Alimentação e Descanso	-	-	1	2,4
Alimentação e Aspectos Fisiológicos do Corpo	-	-	2	4,8
Respirar e Viver	-	-	1	2,4

Alimentação, Higiene e Descanso	-	-	1	2,4
Sem Resposta	27	64,3	3	7,1
TOTAL	42	100	42	100

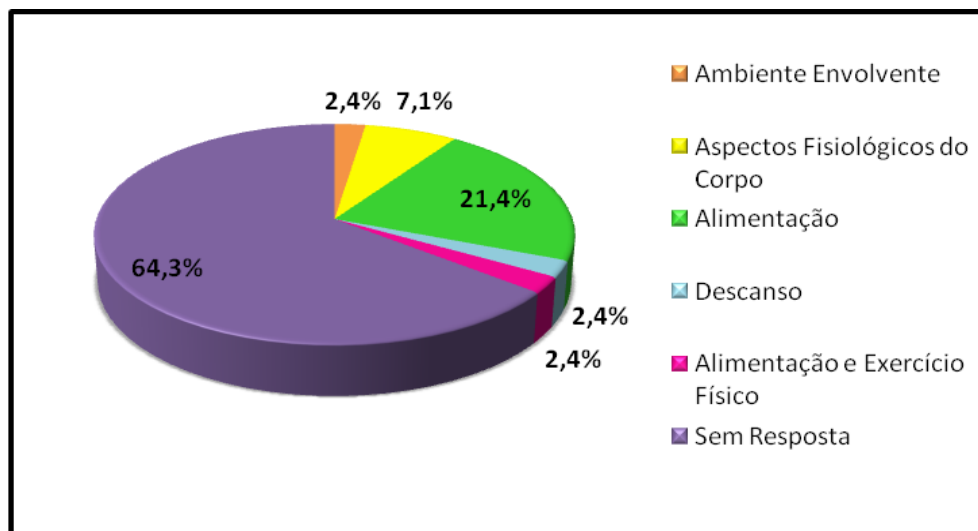


Figura – Descrição do Conceito "Saúde" – Pré-Teste

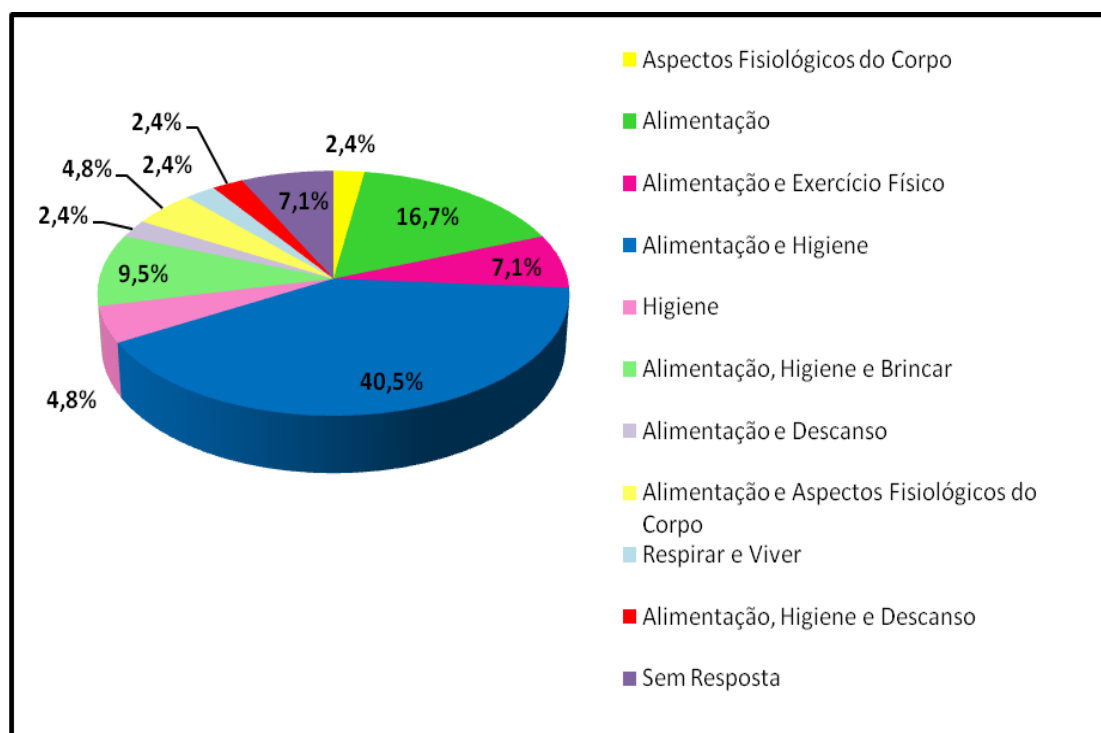


Figura – Descrição do Conceito "Saúde" – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,0001$; $gl = 14$; $t = -5,194$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Beber Água

Tabela – Saudável Beber Água – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL BEBER ÁGUA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	39	92,9	42	100,0
Não	3	7,1	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

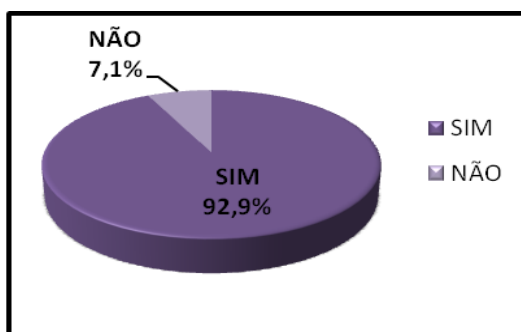


Figura – Saudável Beber Água – Pré-Teste

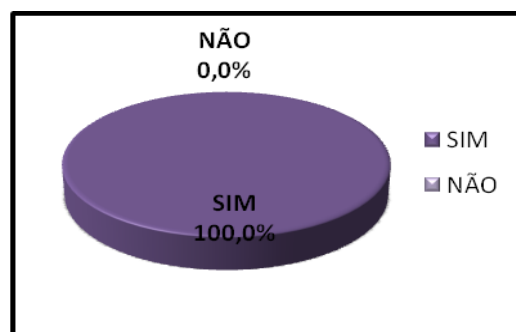


Figura – Saudável Beber Água – Pós-Teste

Teste T: $p=0,083$; $gl=41$; $t=1,776$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Beber Vinho

Tabela – Saudável Beber Vinho – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL BEBER VINHO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	0	0,0	0	0,0
Não	42	100,0	42	100,0
TOTAL	42	100	42	100

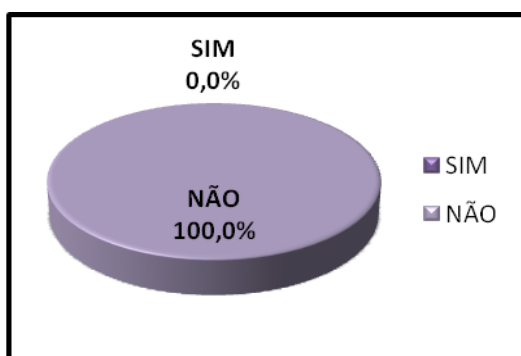


Figura – Saudável Beber Vinho – Pré-Teste

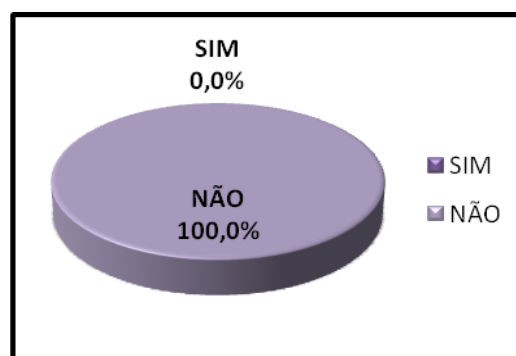


Figura – Saudável Beber Vinho – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Beber Leite

Tabela – Saudável Beber Leite – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL BEBER LEITE	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	41	97,6	41	97,6
Não	1	2,4	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

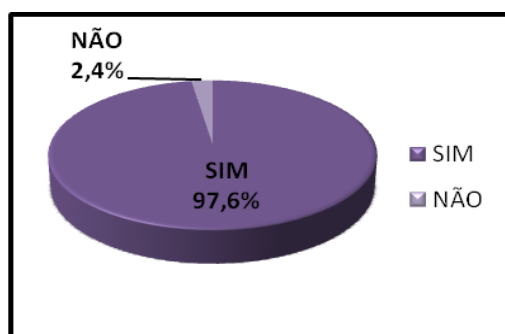


Figura – Saudável Beber Leite – Pré-Teste

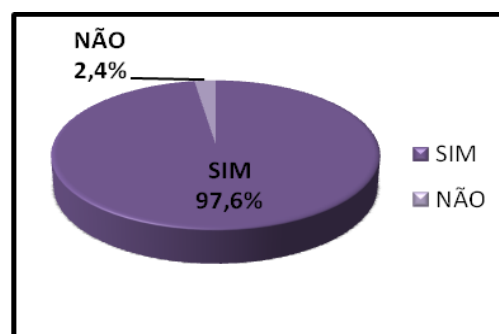


Figura – Saudável Beber Leite – Pós-Teste

Teste T: $p=1,000$; $gl=41$; $t=0,000$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Comer Alimentos Saudáveis

Tabela – Saudável Comer Alimentos Saudáveis – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL COMER ALIMENTOS SAUDÁVEIS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	41	97,6
Não	0	0,0	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

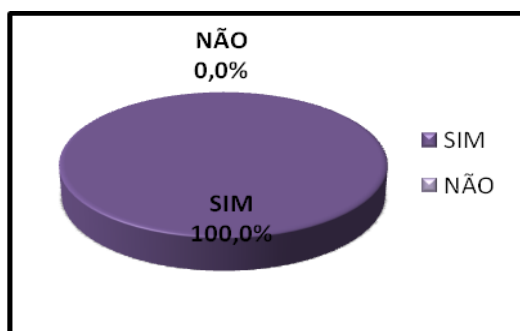


Figura – Saudável Comer Alimentos Saudáveis - Pré-Teste

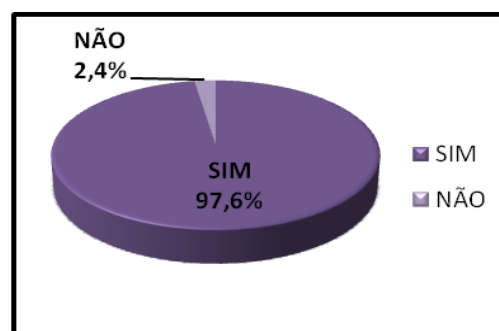


Figura – Saudável Comer Alimentos Saudáveis - Pós-Teste

Teste T: $p=0,323$; $gl=41$; $t=-1,000$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Comer Doces

Tabela – Saudável Comer Doces – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL COMER DOCES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	20	47,6	12	28,6
Não	22	52,4	30	71,4
TOTAL	42	100	42	100

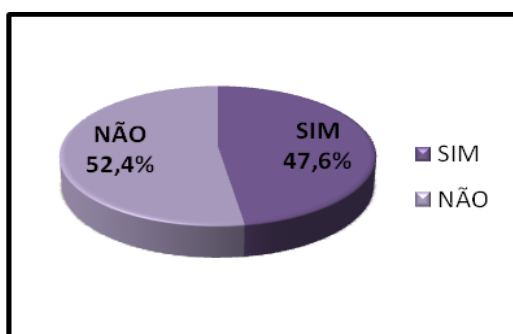


Figura – Saudável Comer Doces – Pré-Teste

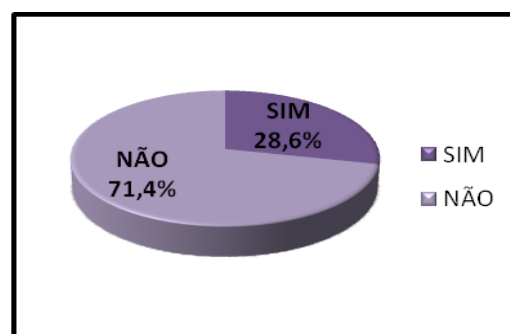


Figura – Saudável Comer Doces – Pós-Teste

Teste T: $p=0,044$; $gl=41$; $t=-2,077$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Praticar Exercício

Tabela – Saudável Praticar Exercício – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL PRATICAR EXERCÍCIO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	36	85,7	42	100,0
Não	6	14,3	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

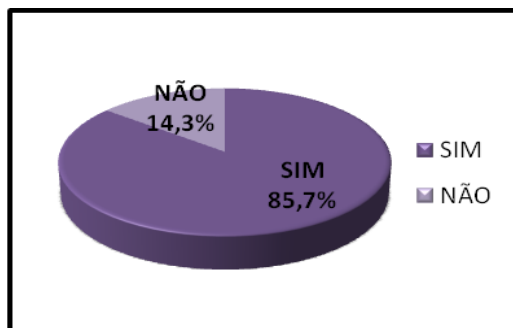


Figura – Saudável Praticar Exercício – Pré-Teste

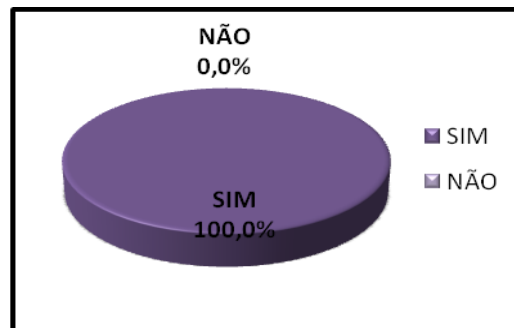


Figura – Saudável Praticar Exercício – Pós-Teste

Teste T: $p=0,012$; $gl=41$; $t=2,614$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Ter Más Posições

Tabela – Saudável Ter Más Posições – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL TER MÁS POSIÇÕES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	5	11,9	42	100,0
Não	37	88,1	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

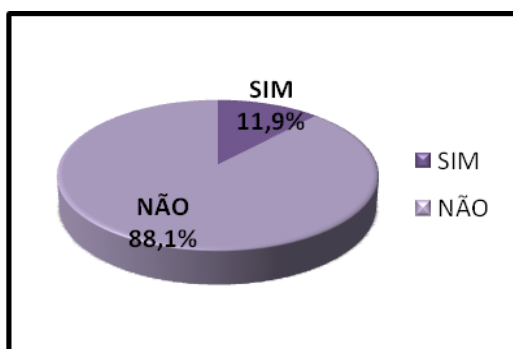


Figura – Saudável Ter Más Posições – Pré-Teste

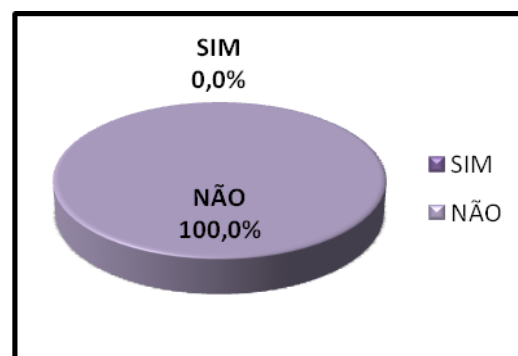


Figura – Saudável Ter Más Posições – Pós-Teste

Teste T: $p=0,023$; $gl=41$; $t=-2,354$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Ir ao Médico

Tabela – Saudável Ir ao Médico – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL IR AO MÉDICO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	39	92,9	40	95,2
Não	3	7,1	2	4,8
TOTAL	42	100	42	100

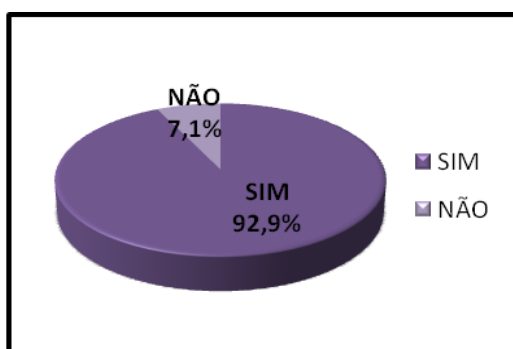


Figura – Saudável Ir Ao Médico – Pré-Teste

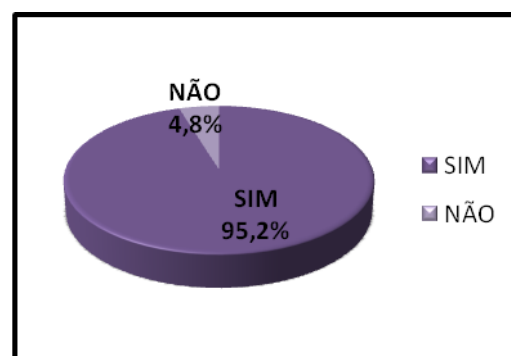


Figura – Saudável Ir Ao Médico – Pós-Teste

Teste T: $p=0,660$; $gl=41$; $t=0,443$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Deitar Cedo

Tabela – Saudável Deitar Cedo – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
SAUDÁVEL DEITAR CEDO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	33	78,6	42	100,0
Não	9	21,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

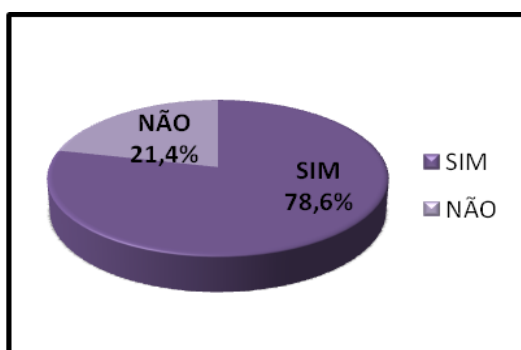


Figura – Saudável Deitar Cedo – Pré-Teste

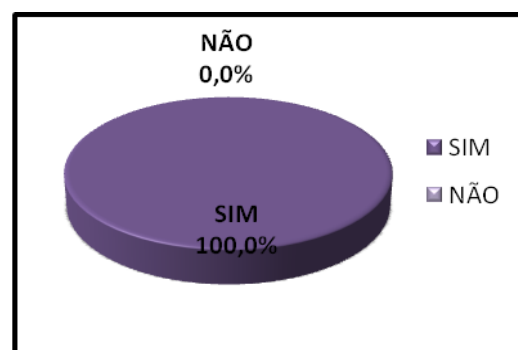


Figura – Saudável Deitar Cedo – Pós-Teste

Teste T: $p=0,002$; $gl=41$; $t=3,344$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Deitar Tarde

Tabela – Saudável Deitar Tarde – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
SAUDÁVEL DEITAR TARDE	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	21	50,0	1	2,4
Não	21	50,0	41	97,6
TOTAL	42	100	42	100

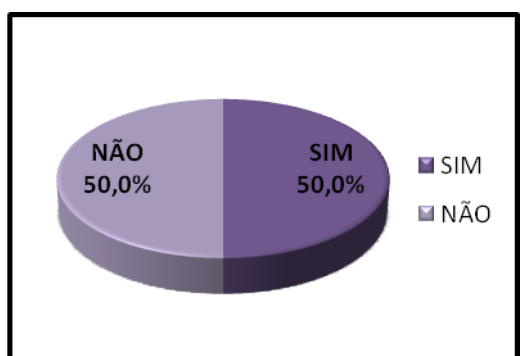


Figura – Saudável Deitar Tarde – Pré-Teste

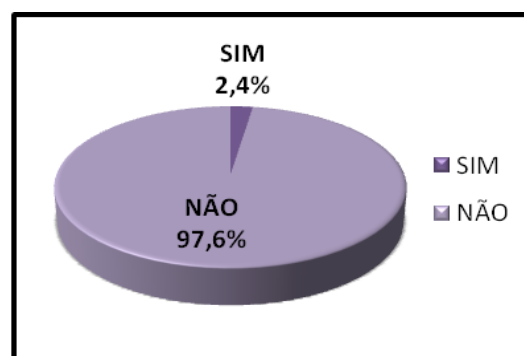


Figura – Saudável Deitar Tarde – Pós-Teste

Teste T: $p<0,0001$; $gl=41$; $t=-5,594$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Brincar ao Ar Livre

Tabela – Saudável Brincar ao Ar Livre – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL BRINCAR AO AR LIVRE	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	37	88,1	37	88,1
Não	5	11,9	5	11,9
TOTAL	42	100	42	100

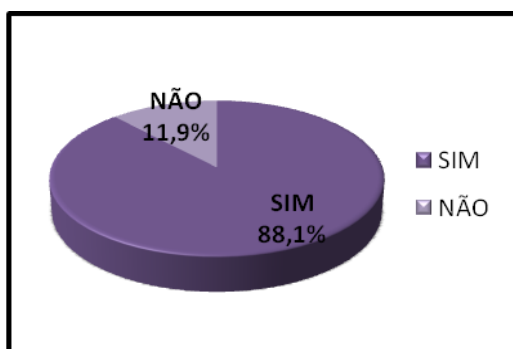


Figura – Saudável Brincar ao Ar Livre – Pré-Teste

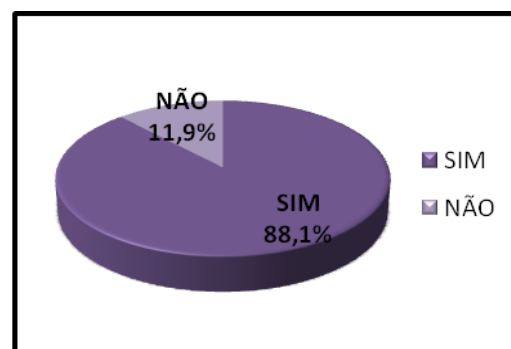


Figura – Saudável Brincar ao Ar Livre – Pós-Teste

Teste T: $p=1,000$; $g=41$; $t=0,000$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Ver Televisão

Tabela – Saudável Ver Televisão – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL VER TELEVISÃO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	34	81,0	32	76,2
Não	8	19,0	10	23,8
TOTAL	42	100	42	100

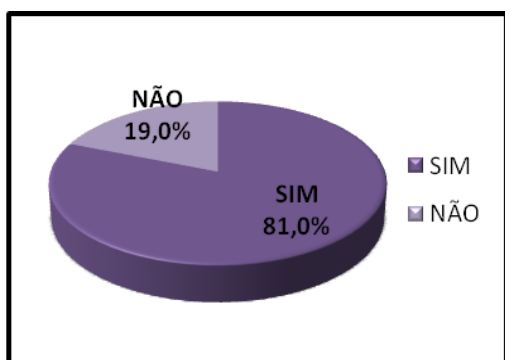


Figura – Saudável Ver Televisão – Pré-Teste

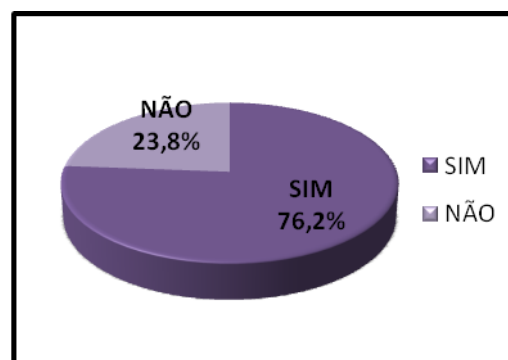


Figura – Saudável Ver Televisão – Pós-Teste

Teste T: $p=0,486$; $g=41$; $t=-0,703$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Tomar Banho

Tabela – Saudável Tomar Banho – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
SAUDÁVEL TOMAR BANHO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

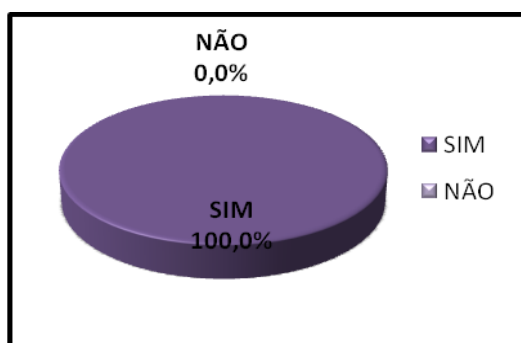


Figura – Saudável Tomar Banho – Pré-Teste

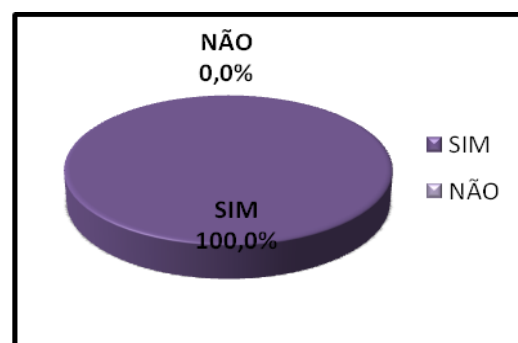


Figura – Saudável Tomar Banho – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Lavar Cabelo

Tabela – Saudável Lavar Cabelo – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
SAUDÁVEL LAVAR CABELO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

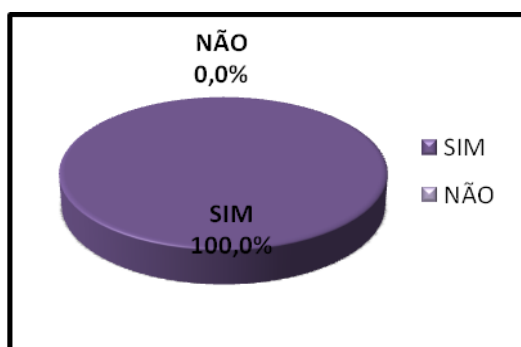


Figura – Saudável Lavar Cabelo – Pré-Teste

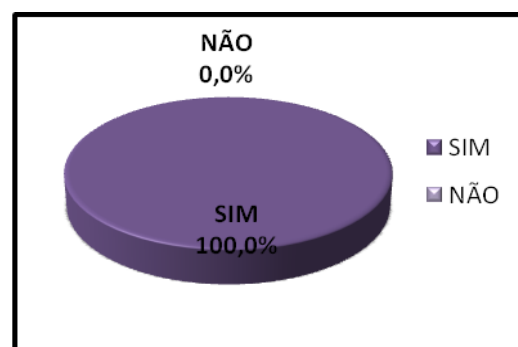


Figura – Saudável Lavar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Escovar Cabelo

Tabela – Saudável Escovar Cabelo – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL ESCOVAR CABELO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	41	97,6	42	100,0
Não	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

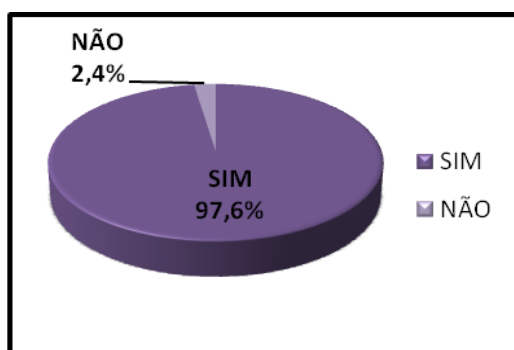


Figura – Saudável Escovar Cabelo – Pré-Teste

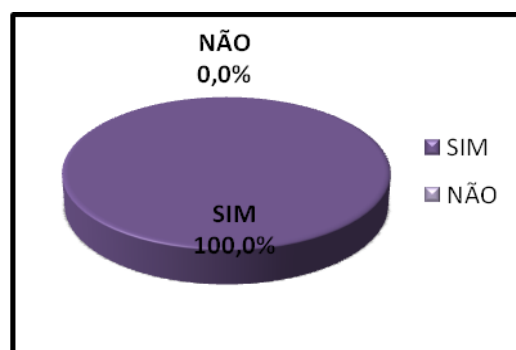


Figura – Saudável Escovar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: $p=0,323$; $gl=41$; $t=1,000$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Lavar Dentes

Tabela – Saudável Lavar Dentes – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL LAVAR DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	41	97,6	42	100,0
Não	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

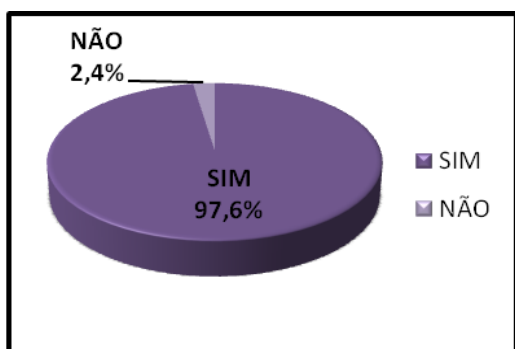


Figura – Saudável Lavar Dentes – Pré-Teste

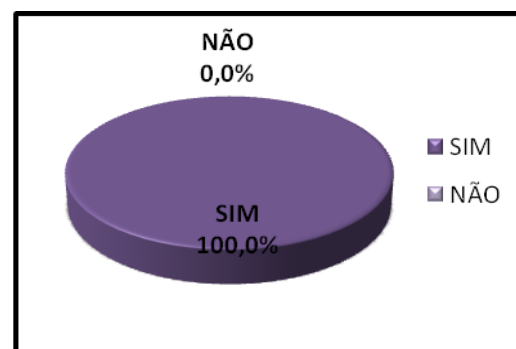


Figura – Saudável Lavar Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,323$; $gl=41$; $t=1,000$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Usar Roupa Limpa e Confortável Todos os Dias

Tabela – Saudável Muda de Roupa Diária – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL MUDA DE ROUPA DIÁRIA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	41	97,6	40	95,2
Não	1	2,4	2	4,8
TOTAL	42	100	42	100

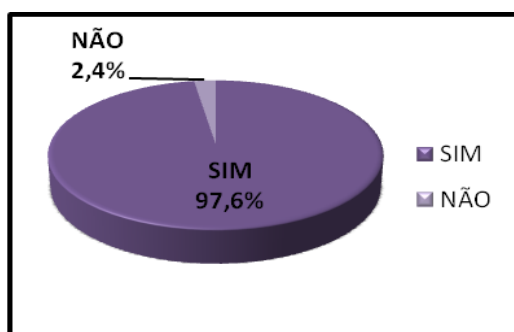


Figura – Saudável Muda de Roupa Diária – Pré-Teste

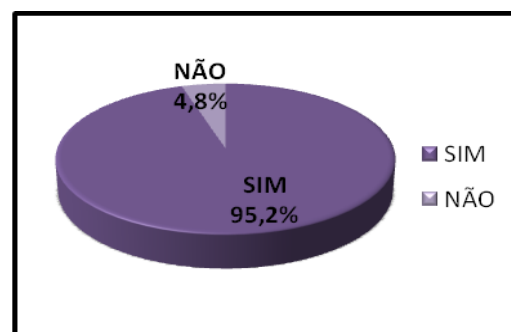


Figura – Saudável Muda de Roupa Diária – Pós-Teste

Teste T: $p=0,570$; $gl=41$; $t=-0,573$

Questão: “O que é preciso para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Usar a Mesma Roupa Todos os Dias

Tabela – Saudável Usar Sempre a Mesma Roupa – Pré e Pós-Teste

SAUDÁVEL USAR SEMPRE A MESMA ROUPA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	21	50,0	1	2,4
Não	21	50,0	41	97,6
TOTAL	42	100	42	100

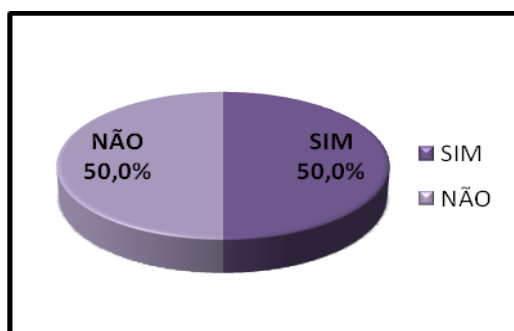


Figura – Saudável Usar Sempre a Mesma Roupa – Pré-Teste

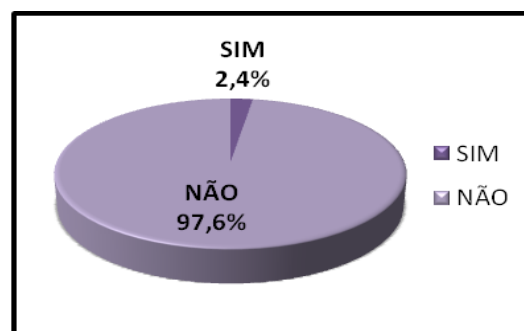


Figura – Saudável Usar Sempre a Mesma Roupa – Pós-Teste

Teste T: $p<0,0001$; $gl=41$; $t=-6,105$

Questão: “É importante tratar do corpo para ser saudável e não estar doente?”

Tabela – Importância de Tratar do Corpo – Pré e Pós-Teste

IMPORTÂNCIA DE TRATAR DO CORPO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	41	97,6	42	100,0
Não	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

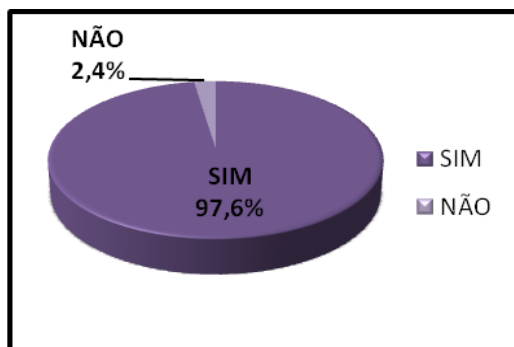


Figura – Importância de Tratar o Corpo – Pré-Teste

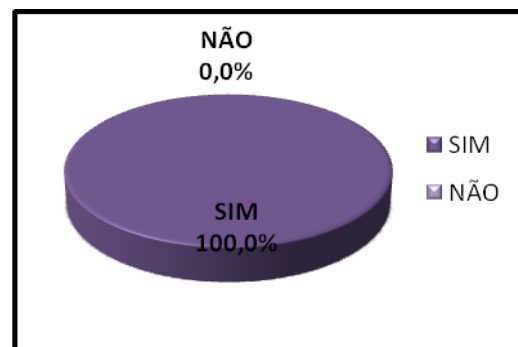


Figura – Importância de Tratar o Corpo – Pós-Teste

Teste T: $p=0,323$; $gl=41$; $t=1,000$

Questão: “É importante ter uma alimentação variada, comer de tudo para ser saudável e não estar doente?”

Tabela – Importância de uma Alimentação Variada – Pré e Pós-Teste

IMPORTÂNCIA DE UMA ALIMENTAÇÃO VARIADA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	40	95,2	41	97,6
Não	2	4,8	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

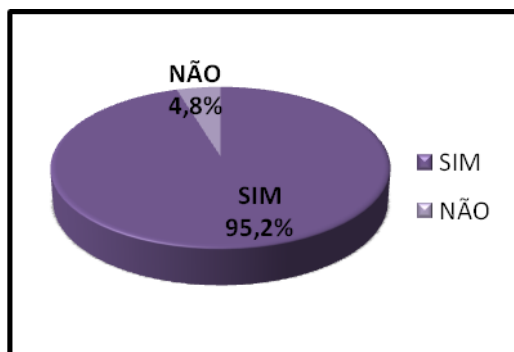


Figura – Importância de uma Alimentação Variada – Pré-Teste

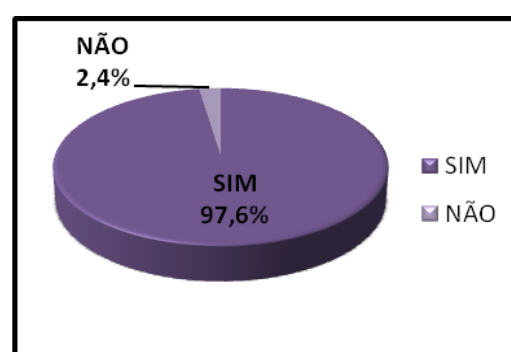


Figura – Importância de uma Alimentação Variada – Pós-Teste

Teste T: $p=0,570$; $gl=41$; $t=0,573$

Questão: “É importante comer muitos doces para ficar cheio de energia?”

Tabela – Importância de Comer Muitos Doces – Pré e Pós-Teste

IMPORTÂNCIA DE COMER MUITOS DOCES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	20	47,6	9	21,4
Não	22	52,4	33	78,6
TOTAL	42	100	42	100

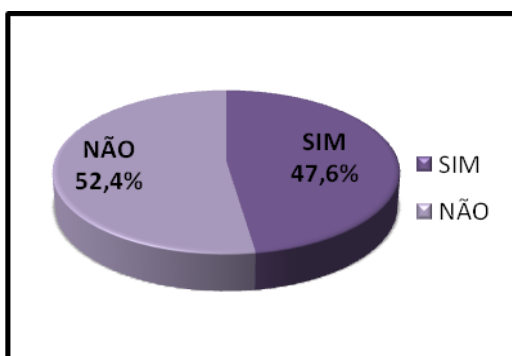


Figura – Importância de Comer Muitos Doces – Pré-Teste

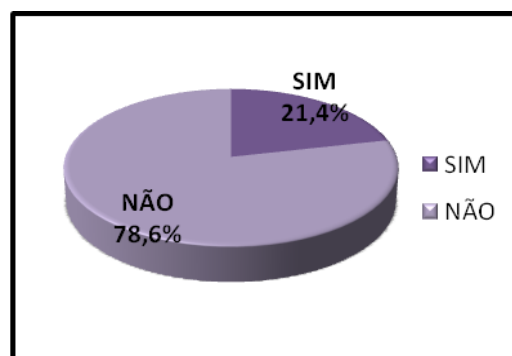


Figura – Importância de Comer Muitos Doces – Pós-Teste

Teste T: $p=0,001$; $gl=41$; $t=-3,417$

Questão: “É importante fazer exercício físico e brincar ao ar livre para ser saudável e não estar doente?”

Tabela – Importância de Fazer Exercício e Brincar ao Ar Livre – Pré e Pós-Teste

IMPORTÂNCIA DE FAZER EXERCÍCIO E BRINCAR AO AR LIVRE	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	41	97,6	42	100,0
Não	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

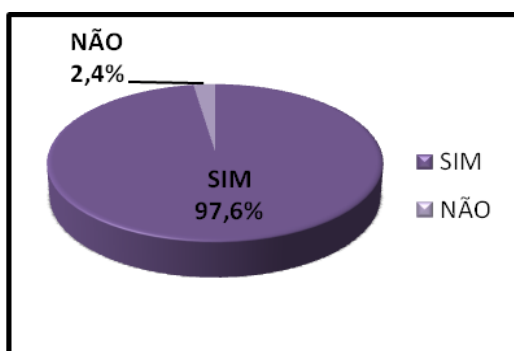


Figura – Importância de Fazer Exercício e Brincar ao Ar Livre – Pré-Teste

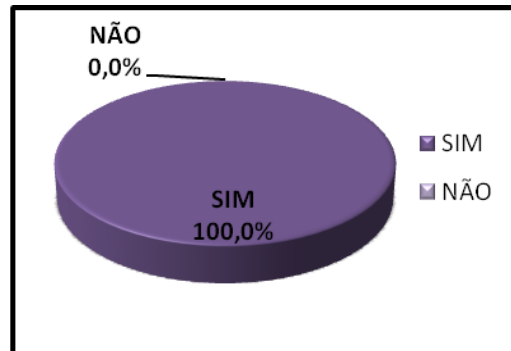


Figura – Importância de Fazer Exercício e Brincar ao Ar Livre – Pós-Teste

Teste T: $p=0,323$; $gl=41$; $t=1,000$

Questão: “É importante ver muitas horas de televisão para aprender muito?”

Tabela – Importância de Ver Muitas Horas de Televisão – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
IMPORTÂNCIA DE VER MUITAS HORAS DE TELEVISÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	30	71,4	25	59,5
Não	11	26,2	17	40,5
Não Sei	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

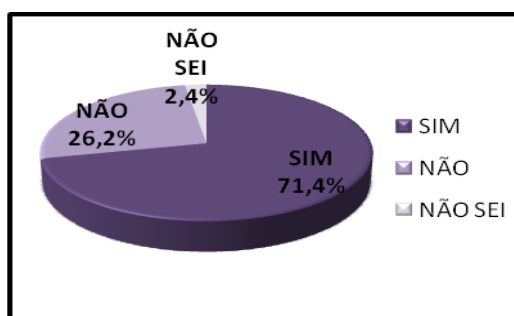


Figura – Importância de Ver Muitas Horas de Televisão – Pós-Teste

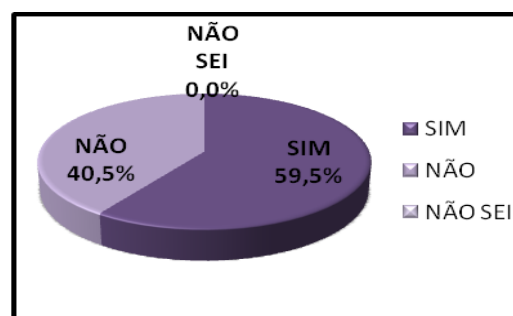


Figura – Importância de Ver Muitas Horas de Televisão – Pós-Teste

Teste T: $p=0,160$; $gl=41$; $t=-1,432$

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Ir ao Médico

Tabela – Comportamento Ir ao Médico – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
COMPORTAMENTO IR AO MÉDICO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	37	88,1	38	90,5
Não	5	11,9	4	9,5
TOTAL	42	100	42	100

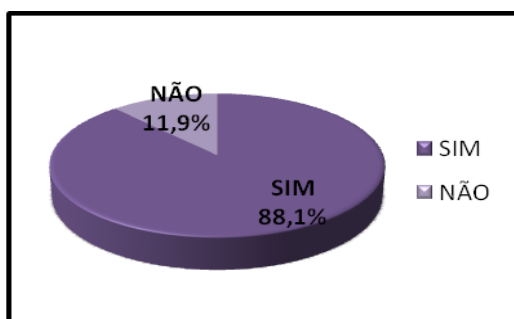


Figura – Comportamento Ir ao Médico – Pré-Teste

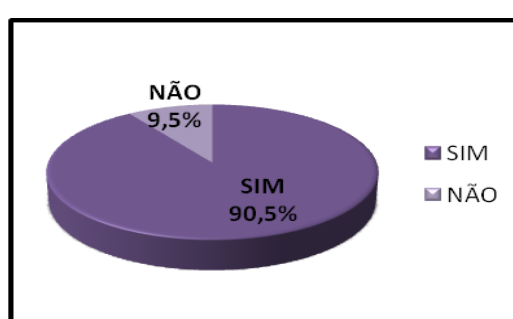


Figura – Comportamento Ir ao Médico – Pós-Teste

Teste T: $p=0,710$; $gl=41$; $t=0,374$

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Tomar Banho

Tabela – Comportamento Tomar Banho – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
COMPORTAMENTO TOMAR BANHO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

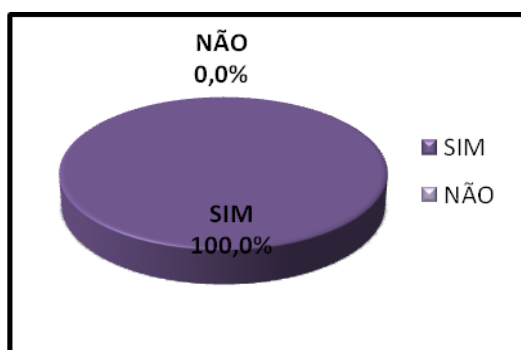


Figura – Comportamento Tomar Banho – Pré-Teste

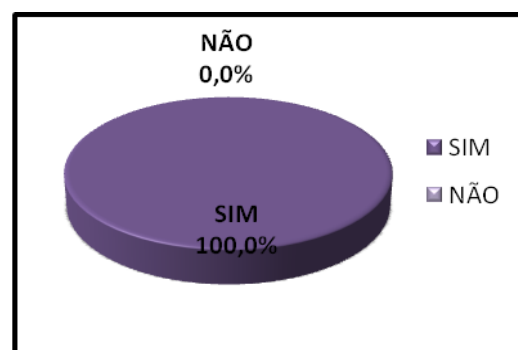


Figura – Comportamento Tomar Banho – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Lavar o Cabelo

Tabela – Comportamento Lavar o Cabelo – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
COMPORTAMENTO LAVAR O CABELO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

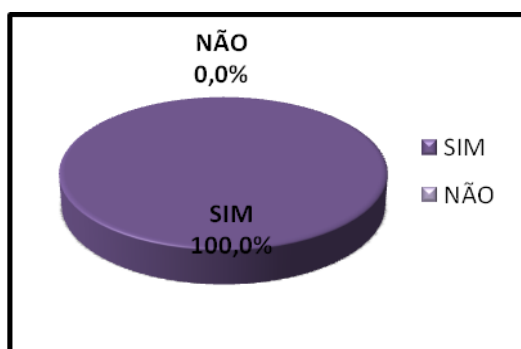


Figura – Comportamento Lavar Cabelo – Pré-Teste

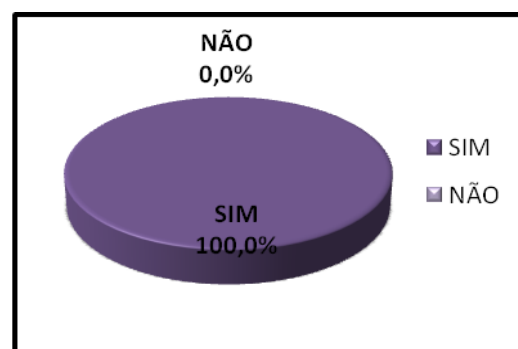


Figura – Comportamento Lavar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Escovar o Cabelo

Tabela – Comportamento Escovar o Cabelo – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
COMPORTAMENTO ESCOVAR O CABELO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	39	92,9	41	97,6
Não	3	7,1	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

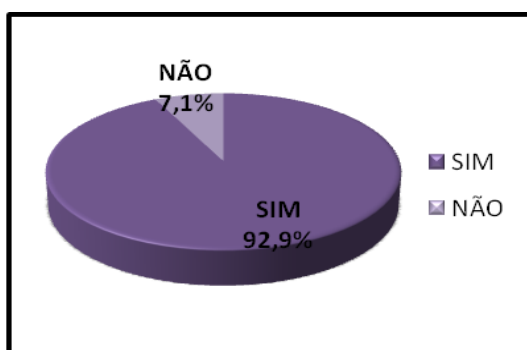


Figura – Comportamento Escovar Cabelo – Pré-Teste

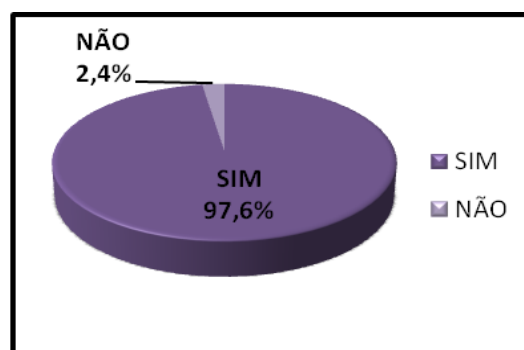


Figura – Comportamento Escovar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: $p=0,160$; $gl=41$; $t=1,432$

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Lavar os Dentes

Tabela – Comportamento Lavar os Dentes – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
COMPORTAMENTO ESCOVAR OS DENTES	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

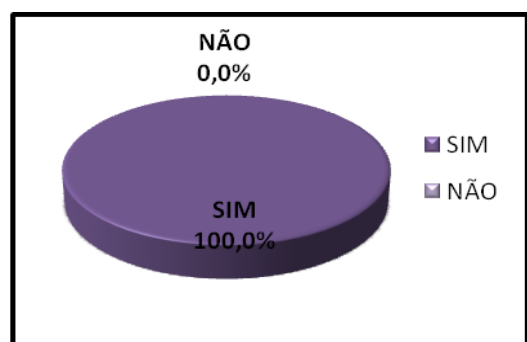


Figura – Comportamento Lavar os Dentes – Pré-Teste

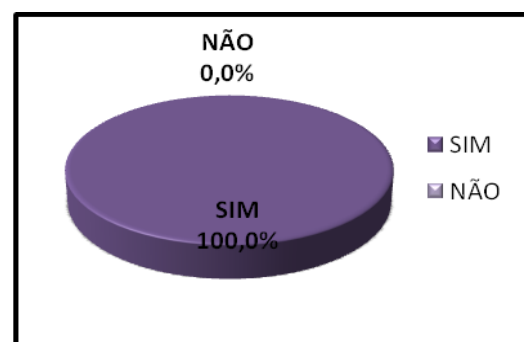


Figura – Comportamento Lavar os Dentes – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Brincar ao Ar Livre, no Recreio

Tabela – Comportamento Brincar ao Ar Livre – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO BRINCAR AO AR LIVRE	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	41	97,6	42	100,0
Não	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

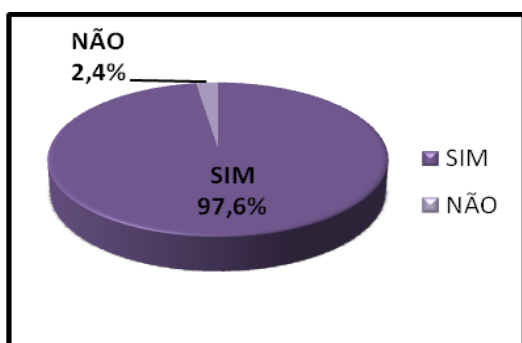


Figura – Comportamento Brincar ao Ar Livre – Pré-Teste

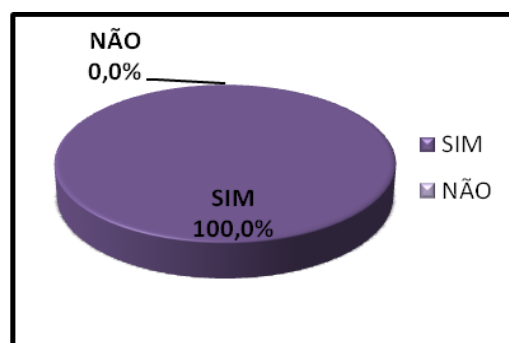


Figura – Comportamento Brincar ao Ar Livre – Pós-Teste

Teste T: $p=0,323$; $gl=41$; $t=1,000$

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Comer Alimentos Saudáveis

Tabela – Comportamento Comer Alimentos Saudáveis – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO COMER ALIMENTOS SAUDÁVEIS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

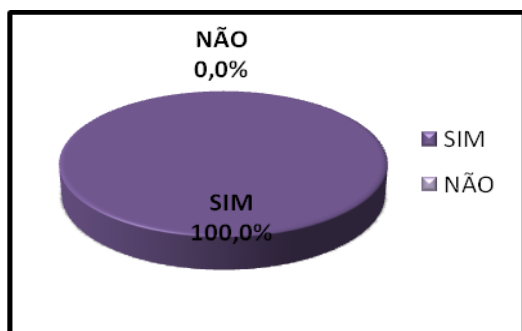


Figura – Comportamento Comer Alimentos Saudáveis – Pré-Teste

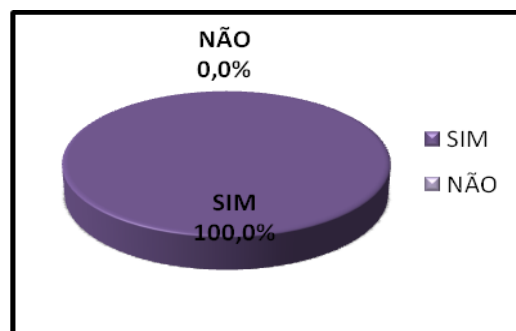


Figura – Comportamento Comer Alimentos Saudáveis – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Andar de Bicicleta

Tabela – Comportamento Andar de Bicicleta – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO ANDAR DE BICICLETA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	38	90,5	42	100,0
Não	4	9,5	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

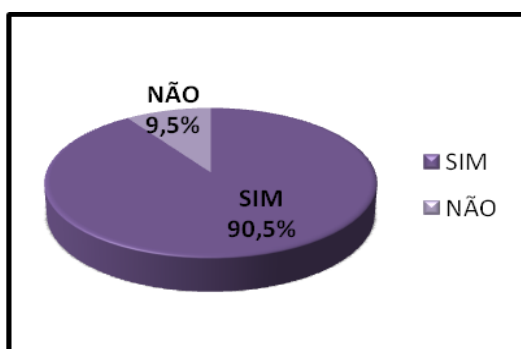


Figura – Comportamento Andar de Bicicleta – Pré-Teste

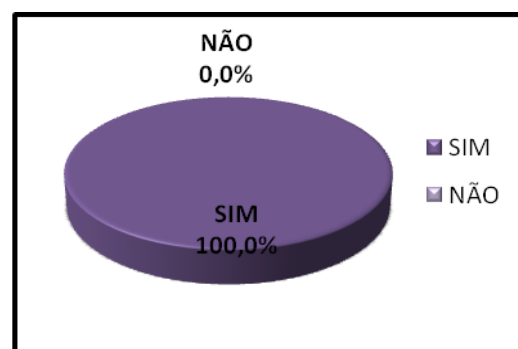


Figura – Comportamento Andar de Bicicleta – Pós-Teste

Teste T: $p=0,044$; $gl=41$; $t=2,077$

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Nadar na Piscina

Tabela – Comportamento Nadar na Piscina – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO NADAR NA PISCINA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	27	64,3	34	81,0
Não	15	35,7	8	19,0
TOTAL	42	100	42	100

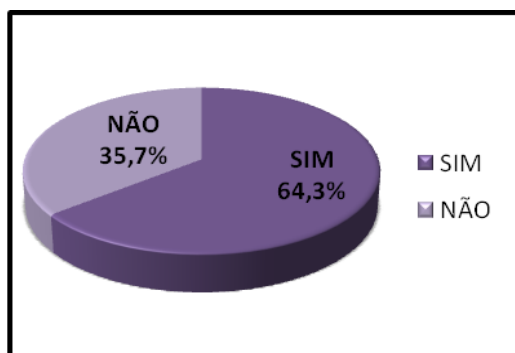


Figura – Comportamento Nadar na Piscina – Pré-Teste

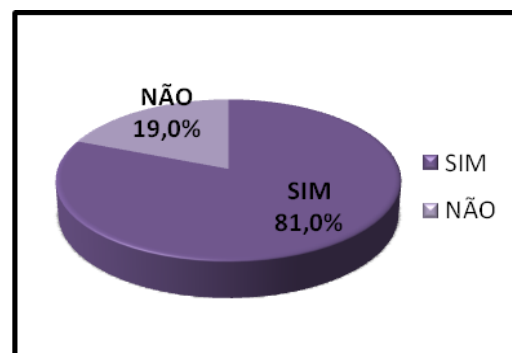


Figura – Comportamento Nadar na Piscina – Pós-Teste

Teste T: $p=0,070$; $gl=41$; $t=1,860$

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Andar de Baloço

Tabela – Comportamento Andar de Baloço – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO ANDAR DE BALOIÇO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	35	83,3	38	90,5
Não	7	16,7	4	9,5
TOTAL	42	100	42	100

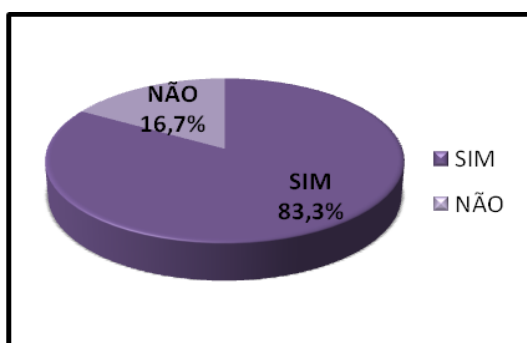


Figura – Comportamento Andar de Baloço – Pré-Teste

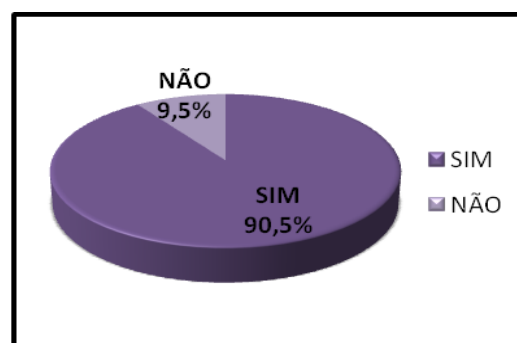


Figura – Comportamento Andar de Baloço – Pós-Teste

Teste T: $p=0,183$; $gl=41$; $t=1,355$

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Ver Televisão

Tabela – Comportamento Ver Televisão – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO VER TELEVISÃO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	39	92,9	38	90,5
Não	3	7,1	4	9,5
TOTAL	42	100	42	100

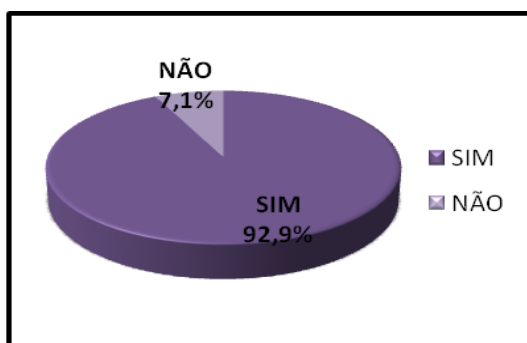


Figura – Comportamento Ver Televisão – Pré-Teste

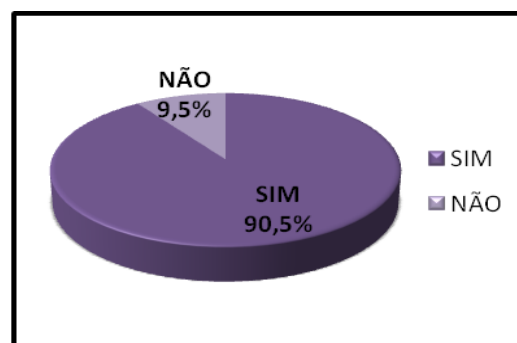


Figura – Comportamento Ver Televisão – Pós-Teste

Teste T: $p=0,570$; $gl=41$; $t=-0,573$

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Jogar à Bola

Tabela – Comportamento Jogar à Bola – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO JOGAR À BOLA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	32	76,2	34	81,0
Não	10	23,8	8	19,0
TOTAL	42	100	42	100

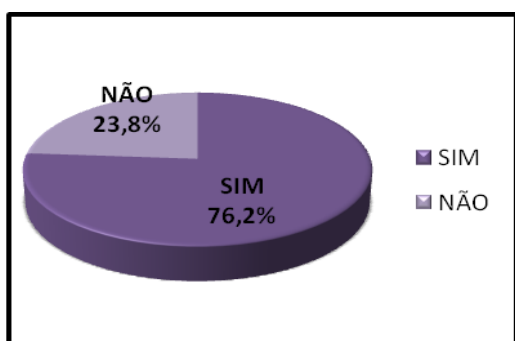


Figura – Comportamento Jogar à Bola – Pré-Teste

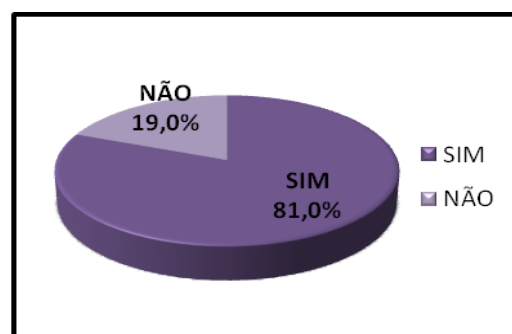


Figura – Comportamento Jogar à Bola – Pós-Teste

Teste T: $p=0,486$; $gl=41$; $t=0,703$

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Opção – Outros Comportamentos Saudáveis

Tabela – Outros Comportamentos Saudáveis – Pré e Pós-Teste

OUTROS COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	16	38,1	15	35,7
Não	26	61,9	27	64,3
TOTAL	42	100	42	100

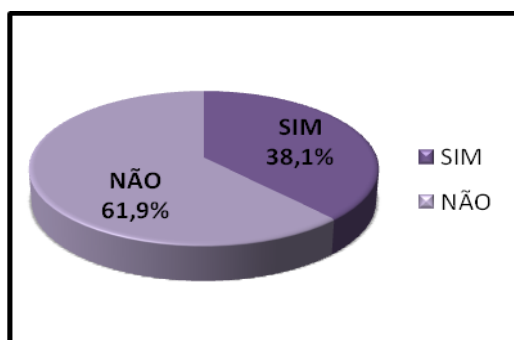


Figura – Outros Comportamentos Saudáveis – Pré-Teste

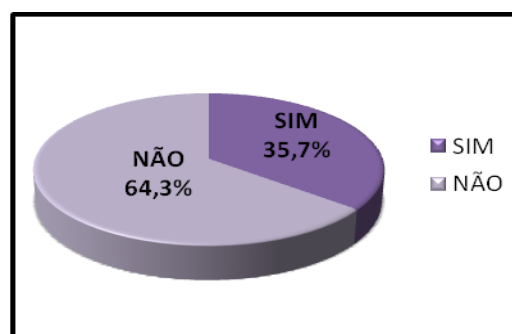


Figura – Outros Comportamentos Saudáveis – Pós-Teste

Teste T: $p=0,822$; $gl=41$; $t=-0,227$

Questão: “O que é que tu fazes para ser saudável e não estar doente?”

Que Outros Comportamentos Saudáveis?

Tabela – Descrição Outros Comportamentos Saudáveis – Pré e Pós-Teste

DESCRIÇÃO OUTROS COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Ficar em Casa	2	4,8	3	7,1
Tomar “Remédio”	8	19,0	6	14,3
Ir ao Dentista	2	4,8	-	-
Brincar aos “Médicos”	1	2,4	-	-
Brincar	2	4,8	2	4,8
Exercício Físico	1	2,4	2	4,8
Lavar as Mãos	-	-	1	2,4
Beber Água	-	-	1	2,4
Sem Resposta	26	61,9	27	64,3
TOTAL	42	100	42	100

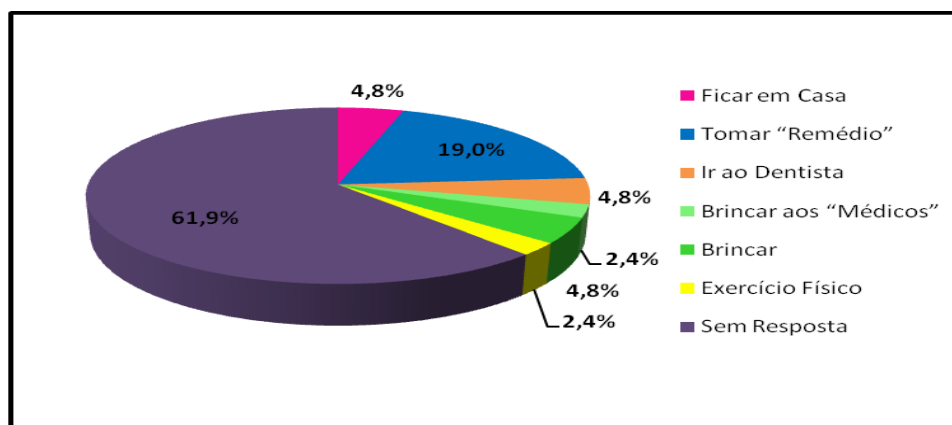


Figura – Descrição Outros Comportamentos Saudáveis – Pré-Teste

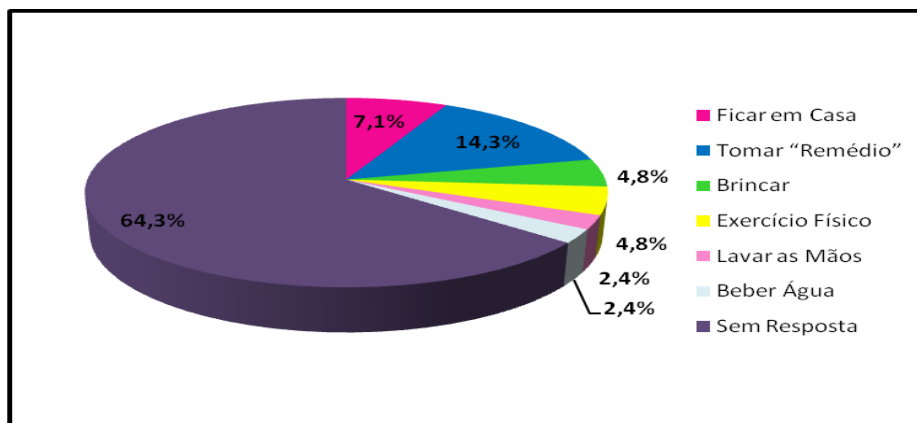
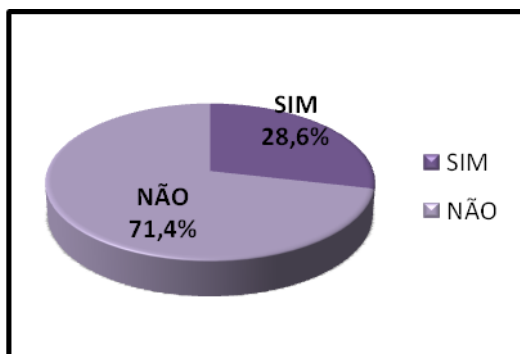
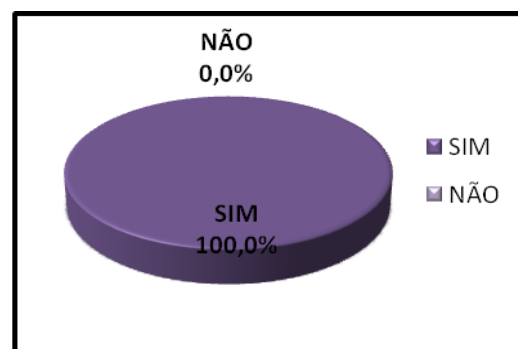


Figura – Descrição Outros Comportamentos Saudáveis – Pós-Teste

Teste T: $p=0,624$; $gl=5$; $t=0,522$

Questão: “Sabes o que é a Higiene?”**Tabela – Conceito “Higiene” – Pré e Pós-Teste**

CONCEITO “HIGIENE”	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	12	28,6	42	100,0
Não	30	71,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

**Figura – Conceito “Higiene” – Pré-Teste****Figura – Conceito “Higiene” – Pós-Teste**

Teste T: $p < 0,0001$; $gI = 41$; $t = 10,124$

Questão: “Se sabes o que é a Higiene, o que é?”**Tabela – Descrição do Conceito “Higiene” – Pré e Pós-Teste**

DESCRIÇÃO DO CONCEITO “HIGIENE”	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Papel Higiénico	8	19,0	-	-
Elementos de higiene para o corpo	1	2,4	-	-
Alimentação	1	2,4	-	-
Actos de higiene	1	2,4	41	97,6
Alimentação e Actos de Higiene	1	2,4	-	-
É estarmos limpos	-	-	1	2,4
Sem Resposta	30	71,4	-	-
TOTAL	42	100	42	100

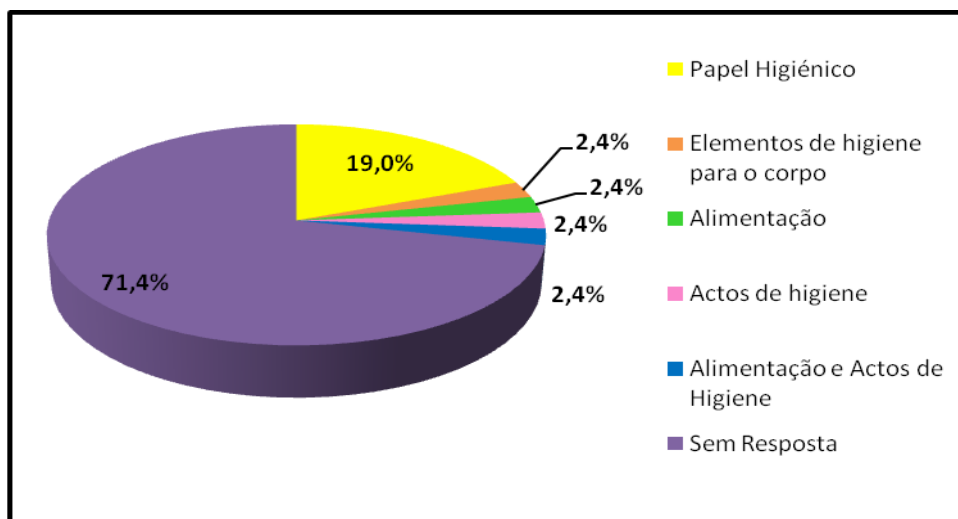


Figura – Descrição do Conceito "Higiene" – Pré-Teste

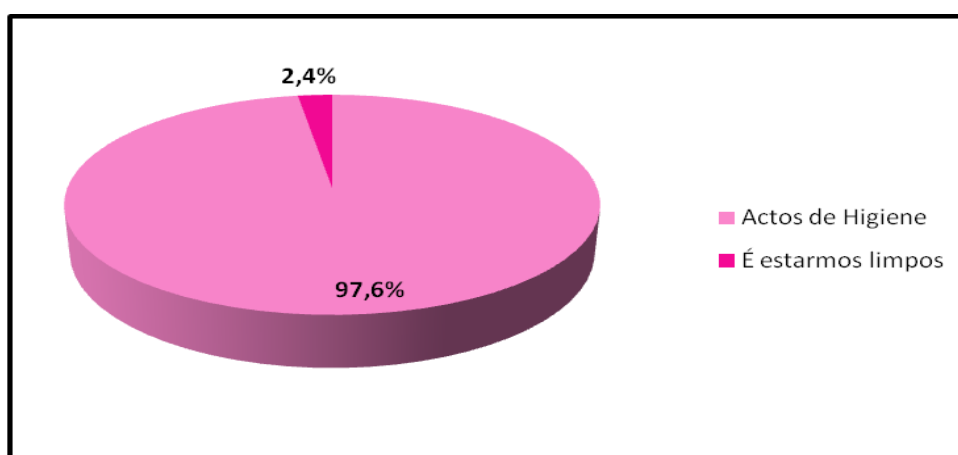


Figura – Descrição do Conceito "Higiene" – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,0001$; $gl = 11$; $t = -5,348$

Questão: "E para que é importante a Higiene?"

Tabela – Importância da Higiene – Pré e Pós-Teste

IMPORTÂNCIA DA HIGIENE	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Porque sim	1	2,4	-	-
Para não ficar doente	5	11,9	13	31,0
Não sei	3	7,1	-	-
Para crescer	1	2,4	-	-
Para ficar limpo	-	-	26	61,9
Sem Resposta	32	76,2	3	7,1
TOTAL	42	100	42	100

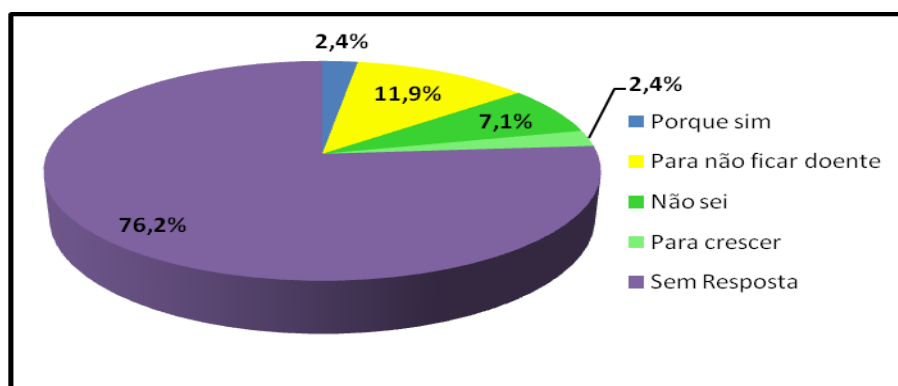


Figura – Importância da Higiene – Pré-Teste

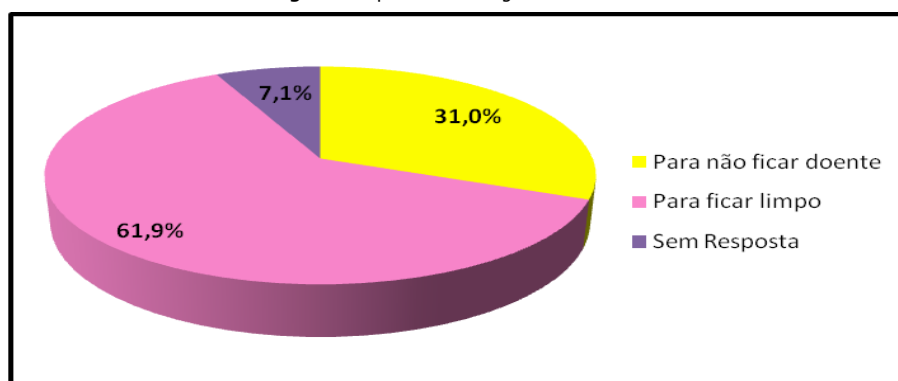


Figura – Importância da Higiene – Pós-Teste

Teste T: $p=0,002$; $gl=8$; $t=-4,500$

Questão: “É importante ter o corpo limpo?”

Tabela – Necessidade de Manter o Corpo Limpo – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE MANTER O CORPO LIMPO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

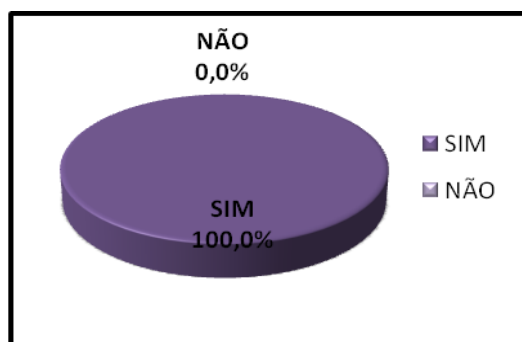


Figura – Necessidade de Manter o Corpo Limpo – Pré-Teste

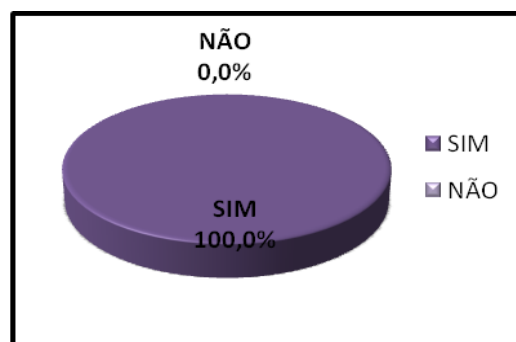


Figura – Necessidade de Manter o Corpo Limpo – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “Se é importante manter o corpo limpo, porquê?”

Tabela – Importância de Manter o Corpo Limpo – Pré e Pós-Teste

IMPORTÂNCIA DE MANTER O CORPO LIMPO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Não Sei	8	19,0	-	-
Para Não Estar Sujo	10	23,8	16	38,1
Porque Temos de Tomar Banho	3	7,1	-	-
Para Não Ficarmos Doentes	9	21,4	22	52,4
Porque Sim	3	7,1	-	-
Para Cheirar Bem	4	9,5	1	2,4
Porque As Mães/Prof. Mandam	4	9,5	-	-
Outra	1	2,4	1	2,4
Sem Resposta	-	-	2	4,8
TOTAL	42	100	42	100

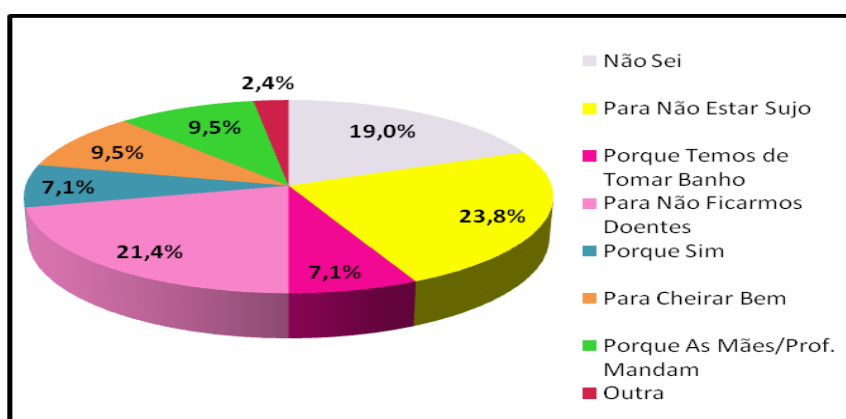


Figura – Importância de Manter o Corpo Limpo – Pré-Teste

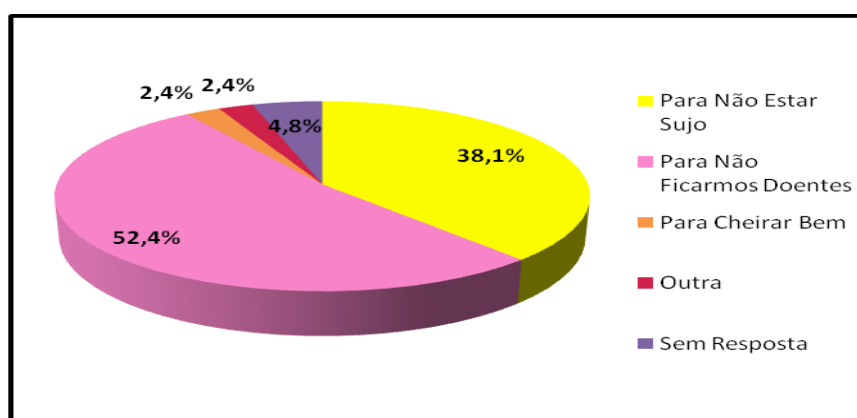
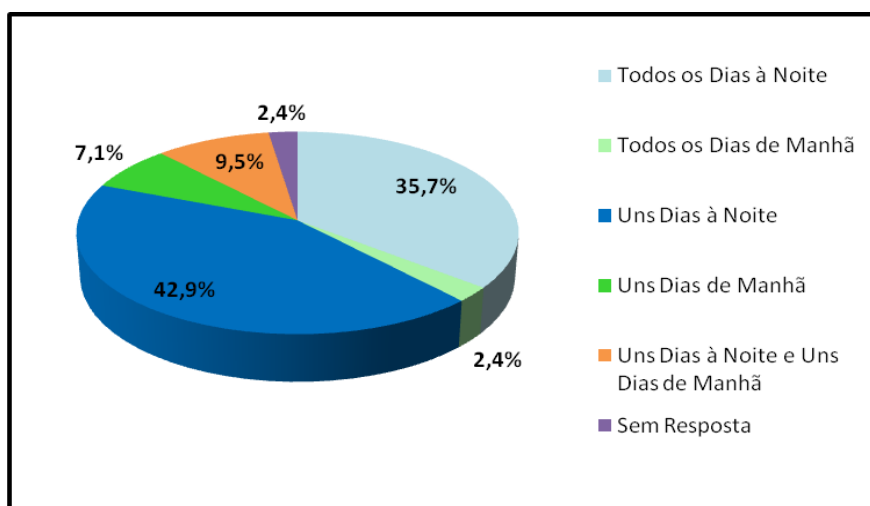
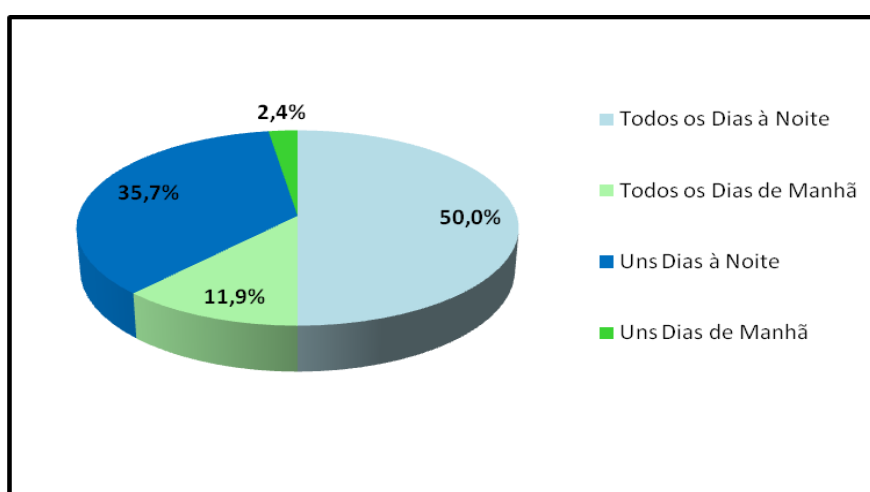


Figura – Importância de Manter o Corpo Limpo – Pós-Teste

Teste T: $p=0,547$; $g1=39$; $t=0,608$

Questão: “Quando tomas banho?”**Tabela** – Comportamento Tomar Banho – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO TOMAR BANHO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Todos os Dias à Noite	15	35,7	21	50,0
Todos os Dias de Manhã	1	2,4	5	11,9
Uns Dias à Noite	18	42,9	15	35,7
Uns Dias de Manhã	3	7,1	1	2,4
Uns Dias à Noite e Uns Dias de Manhã	4	9,5	-	-
Sem Resposta	1	2,4	-	-
TOTAL	42	100	42	100

**Figura** – Comportamento Tomar Banho – Pré-Teste**Figura** – Comportamento Tomar Banho – Pós-Teste

Teste T: $p=0,012$; $gl=40$; $t=2,619$

Questão: “Onde costumas tomar banho?”

Tabela – Comportamento Onde Tomar Banho – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO ONDE TOMAR BANHO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Banheira	27	64,3	25	59,5
Chuveiro	7	16,7	12	28,6
Bacia	3	7,1	1	2,4
Banheira e Bidé	4	9,5	3	7,1
Chuveiro e Bacia	1	2,4	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

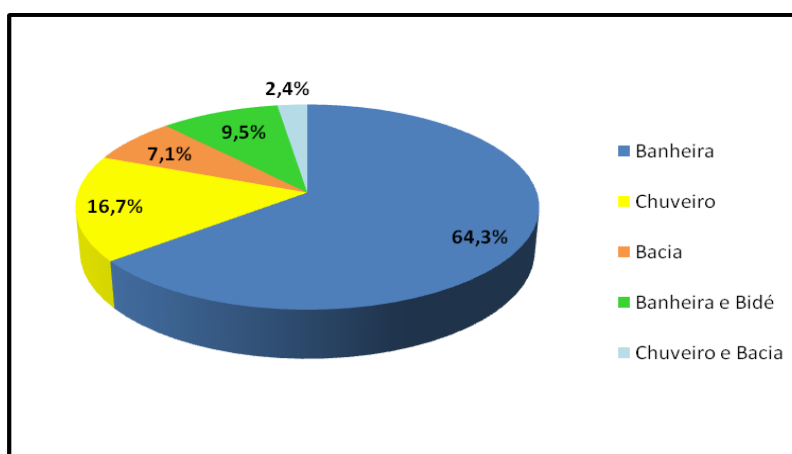


Figura – Comportamento Onde Tomar Banho – Pré-Teste

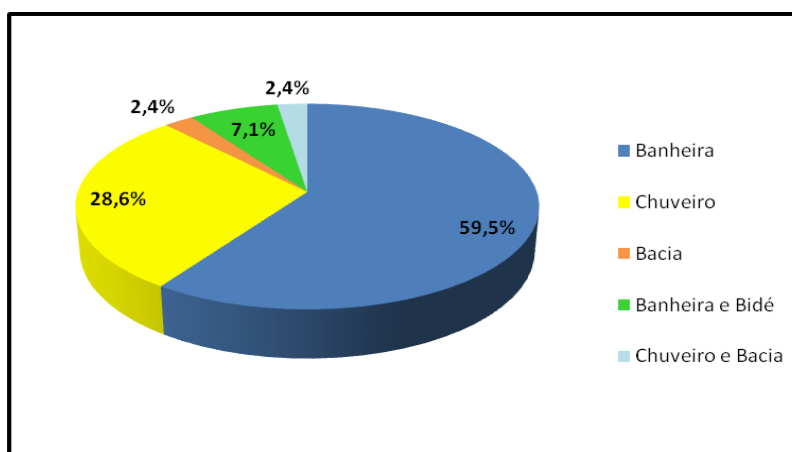
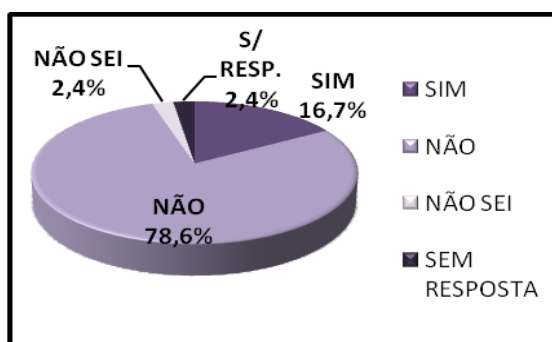
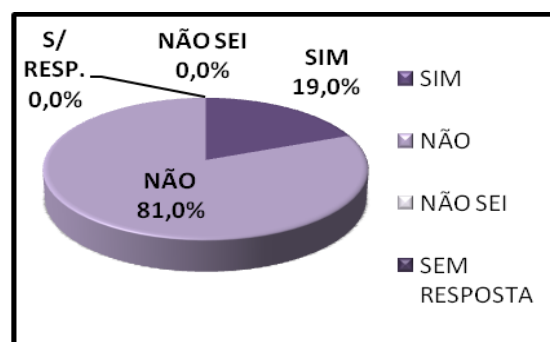


Figura – Comportamento Onde Tomar Banho – Pós-Teste

Teste T: $p=0,514$; $gl=41$; $t=0,658$

Questão: “Lavas o cabelo todos os dias?”**Tabela** – Comportamento Lavar Cabelo Todos os Dias – Pré e Pós-Teste

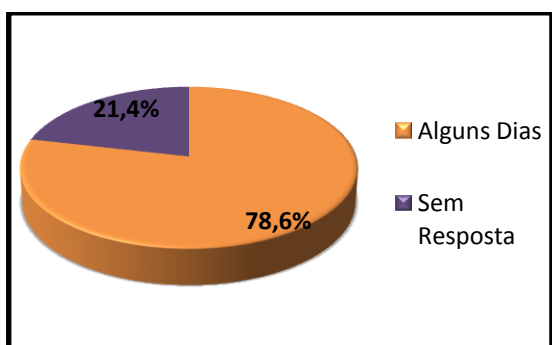
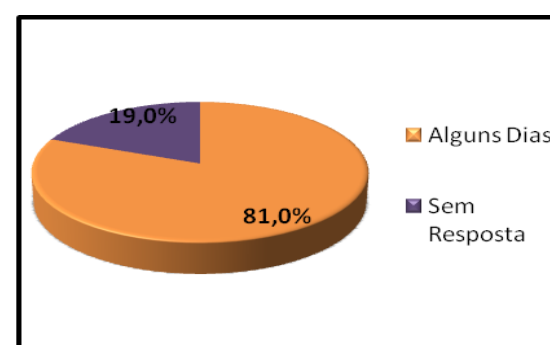
COMPORTAMENTO LAVAR CABELO TODOS OS DIAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	7	16,7	8	19,0
Não	33	78,6	34	81,0
Não Sei	1	2,4	0	0,0
Sem Resposta	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

**Figura** – Comportamento Lavar Cabelo Todos os Dias – Pré-Teste**Figura** – Comportamento Lavar Cabelo Todos os Dias – Pós-Teste

Teste T: $p=0,767$; $g1=40$; $t=0,298$

Questão: “Se não lavas o cabelo todos os dias, quando lavas?”**Tabela** – Comportamento Quando Lavar Cabelo – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO QUANDO LAVAR CABELO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Alguns Dias	33	78,6	34	81,0
Sem Resposta	9	21,4	8	19,0
TOTAL	42	100	42	100

**Figura** – Comportamento Quando Lavar Cabelo – Pré-Teste**Figura** – Comportamento Quando Lavar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “Escovas o cabelo todos os dias?”

Tabela – Comportamento Escovar Cabelo Todos os Dias – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
COMPORTAMENTO ESCOVAR CABELO TODOS OS DIAS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	36	85,7	41	97,6
Não	6	14,3	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

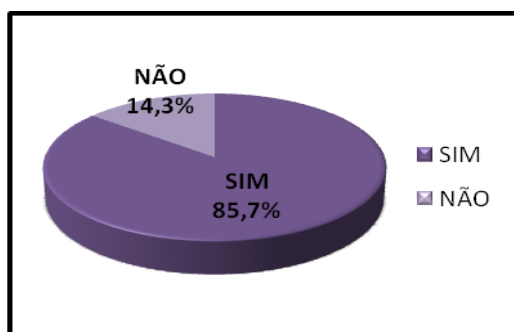


Figura – Comportamento Escovar Cabelo Todos os Dias – Pré-Teste

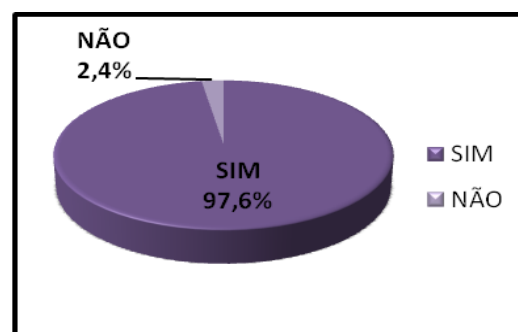


Figura – Comportamento Escovar Cabelo Todos os Dias – Pós-Teste

Teste T: $p=0,023$; $gl=41$; $t=2,354$

Questão: “Se não escovas o cabelo todos os dias, quando escovas?”

Tabela – Comportamento Quando Escovar Cabelo – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
COMPORTAMENTO QUANDO ESCOVAR CABELO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Não Escova	3	7,1	1	2,4
Alguns Dias	3	7,1	-	-
Sem Resposta	36	85,7	41	97,6
TOTAL	42	100	42	100

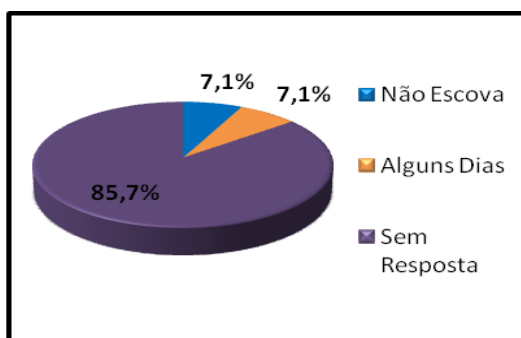


Figura – Comportamento Quando Escovar Cabelo – Pré-Teste

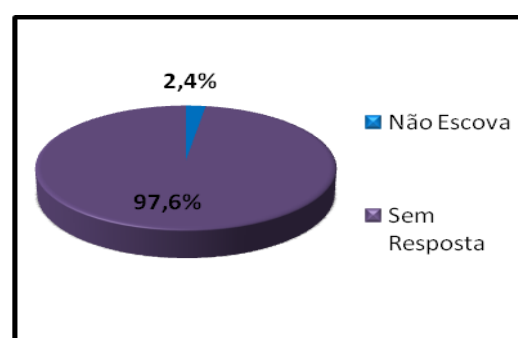
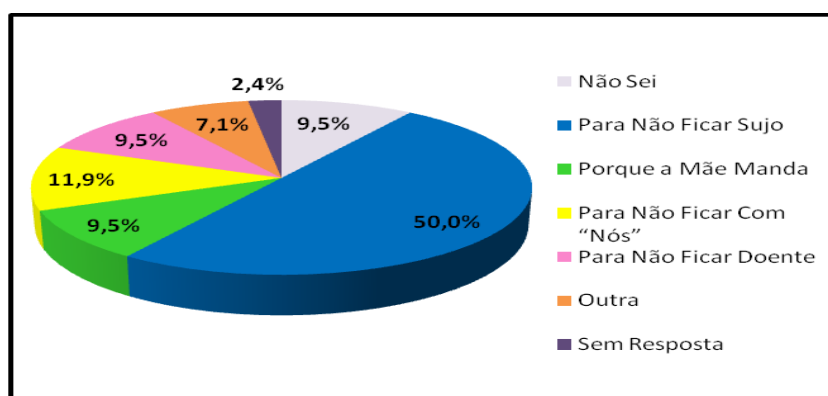
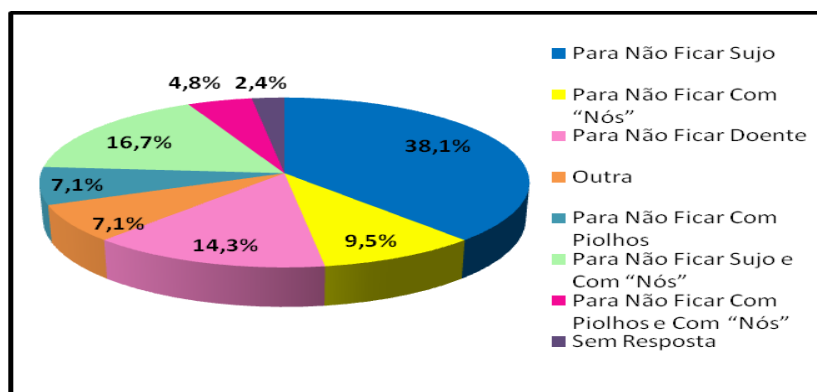


Figura – Comportamento Quando Escovar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “Porque é que é importante lavar e escovar o cabelo?”**Tabela – Importância de Lavar e Escovar Cabelo – Pré e Pós-Teste**

IMPORTÂNCIA DE LAVAR E ESCOVAR CABELO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Não Sei	4	9,5	-	-
Para Não Ficar Sujo	21	50,0	16	38,1
Porque a Mãe Manda	4	9,5	-	-
Para Não Ficar Com “Nós”	5	11,9	4	9,5
Para Não Ficar Doente	4	9,5	6	14,3
Outra	3	7,1	3	7,1
Para Não Ficar Com Piolhos	-	-	3	7,1
Para Não Ficar Sujo e Com “Nós”	-	-	7	16,7
Para Não Ficar Com Piolhos e Com “Nós”	-	-	2	4,8
Sem Resposta	1	2,4	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

**Figura – Importância de Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste****Figura – Importância de Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste**

Teste T: $p < 0,0001$; $gl = 39$; $t = -4,575$

Questão: “O que é preciso para tomar banho, lavar e escovar o cabelo?”

Opção – Esponja

Tabela – Necessidade de Esponja para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
NECESSIDADE DE ESPONJA PARA TOMAR BANHO, LAVAR E ESCOVAR CABELO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	37	88,1	41	97,6
Não	5	11,9	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

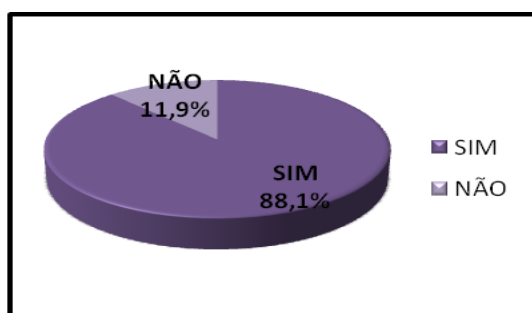


Figura – Necessidade de Esponja para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

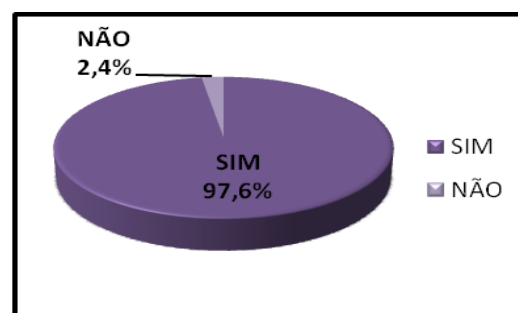


Figura – Necessidade de Esponja para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: $p=0,103$; $gl=41$; $t=1,667$

Questão: “O que é preciso para tomar banho, lavar e escovar o cabelo?”

Opção – Elixir

Tabela – Necessidade de Elixir para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
NECESSIDADE DE ELIXIR PARA TOMAR BANHO, LAVAR E ESCOVAR CABELO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	12	28,6	1	2,4
Não	30	71,4	41	97,6
TOTAL	42	100	42	100

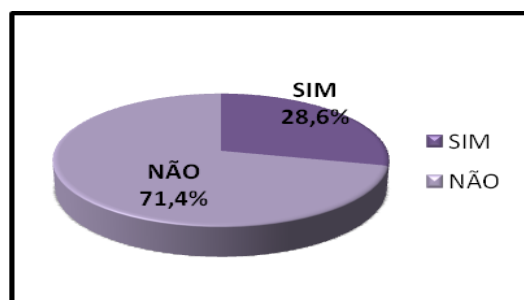


Figura – Necessidade de Elixir para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

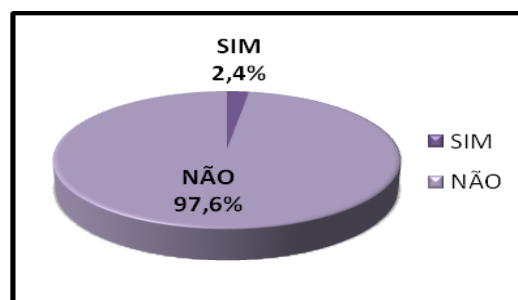


Figura – Necessidade de Elixir para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: $p=0,001$; $gl=41$; $t=-3,417$

Questão: “O que é preciso para tomar banho, lavar e escovar o cabelo?”

Opção – Toalha

Tabela – Necessidade de Toalha para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE TOALHA PARA TOMAR BANHO, LAVAR E ESCOVAR CABELO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

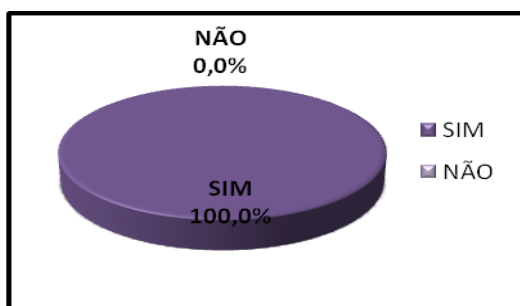


Figura – Necessidade de Toalha para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

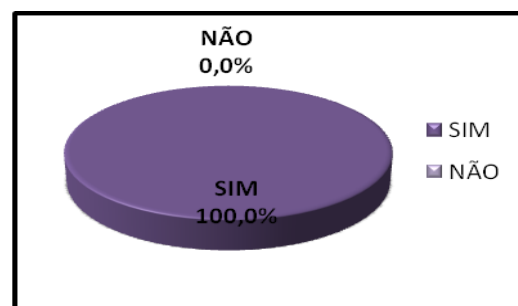


Figura – Necessidade de Toalha para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “O que é preciso para tomar banho, lavar e escovar o cabelo?”

Opção – Sabonete

Tabela – Necessidade de Sabonete para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE SABONETE PARA TOMAR BANHO, LAVAR E ESCOVAR CABELO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	38	90,5	37	88,1
Não	4	9,5	5	11,9
TOTAL	42	100	42	100

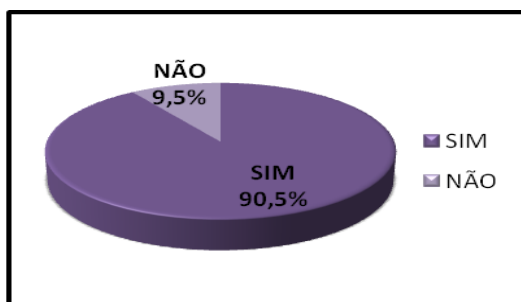


Figura – Necessidade de Sabonete para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

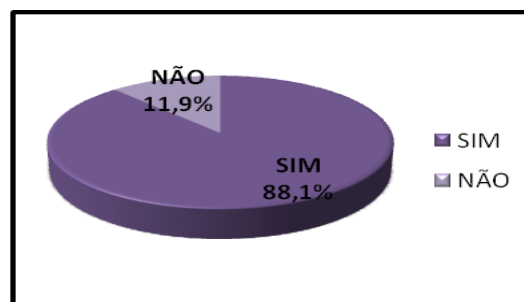


Figura – Necessidade de Sabonete para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: $p=0,743$; $gI=41$; $t=-0,330$

Questão: “O que é preciso para tomar banho, lavar e escovar o cabelo?”

Opção – Copo e Escova dos Dentes

Tabela – Necessidade de Copo e Escova de Dentes para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE COPO E ESCOVA DENTES PARA TOMAR BANHO, LAVAR E ESCOVAR CABELO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	7	16,7	1	2,4
Não	35	83,3	41	97,6
TOTAL	42	100	42	100

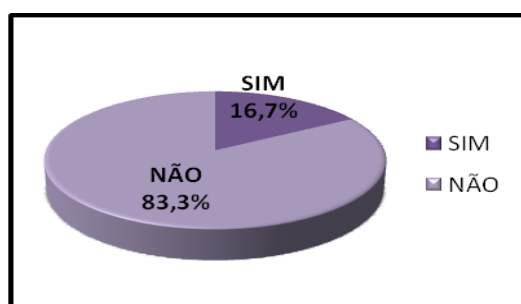


Figura – Necessidade de Copo e Escova dos Dentes para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

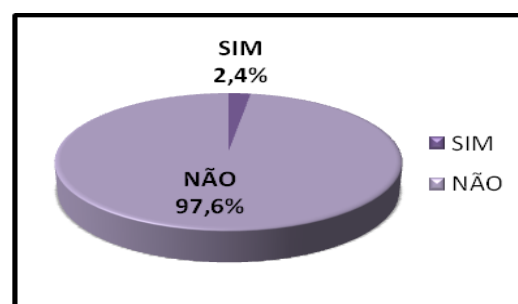


Figura – Necessidade de Copo e Escova dos Dentes para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: $p=0,012$; $gl=41$; $t=-2,614$

Questão: “O que é preciso para tomar banho, lavar e escovar o cabelo?”

Opção – Shampoo

Tabela – Necessidade de Shampoo para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE SHAMPOO PARA TOMAR BANHO, LAVAR E ESCOVAR CABELO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	41	97,6	42	100,0
Não	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

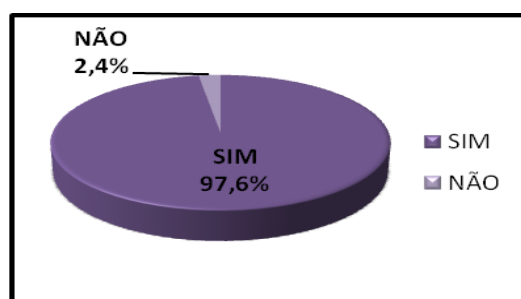


Figura – Necessidade de Shampoo para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

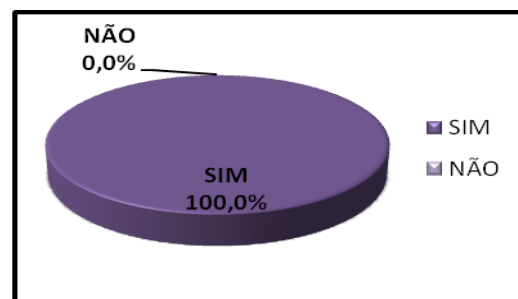


Figura – Necessidade de Shampoo para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: $p=0,323$; $gl=41$; $t=1,000$

Questão: “O que é preciso para tomar banho, lavar e escovar o cabelo?”

Opção – Pasta dos Dentes

Tabela – Necessidade de Pasta dos Dentes para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE PASTA PARA TOMAR BANHO, LAVAR E ESCOVAR CABELO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	9	21,4	1	2,4
Não	33	78,6	41	97,6
TOTAL	42	100	42	100

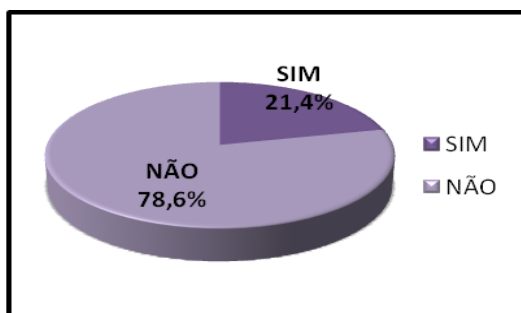


Figura – Necessidade de Pasta dos Dentes para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

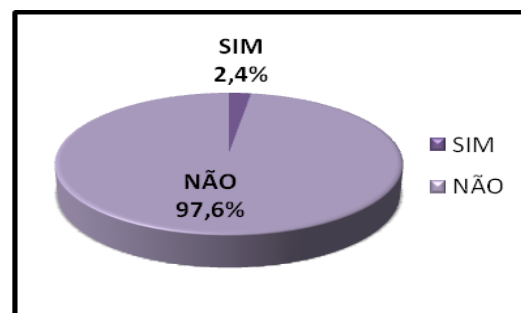


Figura – Necessidade de Pasta dos Dentes para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: $p=0,003$; $gl=41$; $t=-3,106$

Questão: “O que é preciso para tomar banho, lavar e escovar o cabelo?”

Opção – Gel de Banho

Tabela – Necessidade de Gel de Banho para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE GEL PARA TOMAR BANHO, LAVAR E ESCOVAR CABELO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	37	88,1	38	90,5
Não	5	11,9	4	9,5
TOTAL	42	100	42	100

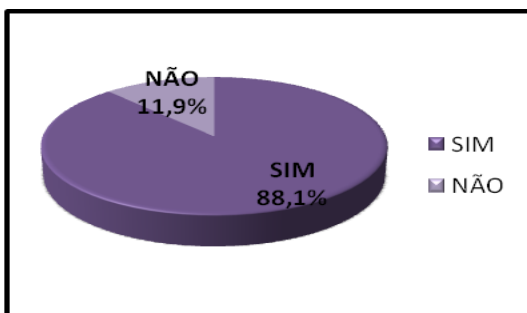


Figura – Necessidade de Gel de Banho para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

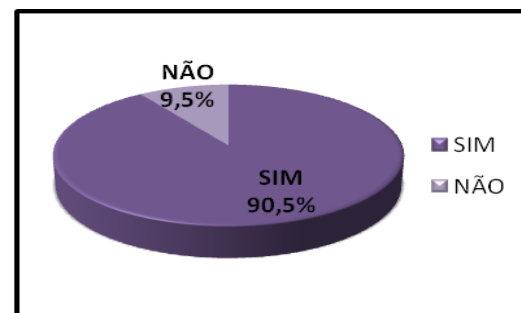


Figura – Necessidade de Gel de Banho para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: $p=0,660$; $gl=41$; $t=0,443$

Questão: “O que é preciso para tomar banho, lavar e escovar o cabelo?”

Opção – Escova de Cabelo

Tabela – Necessidade de Escova de Cabelo para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE ESCOVA CABELO PARA TOMAR BANHO, LAVAR E ESCOVAR CABELO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	39	92,9	39	92,9
Não	3	7,1	3	7,1
TOTAL	42	100	42	100

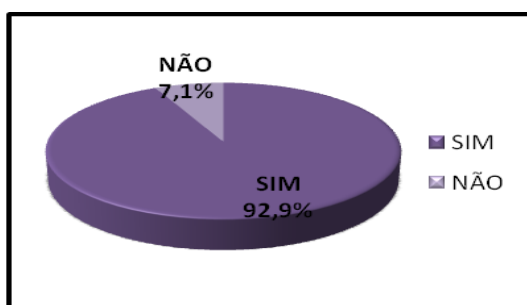


Figura – Necessidade de Escova de Cabelo para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pré-Teste

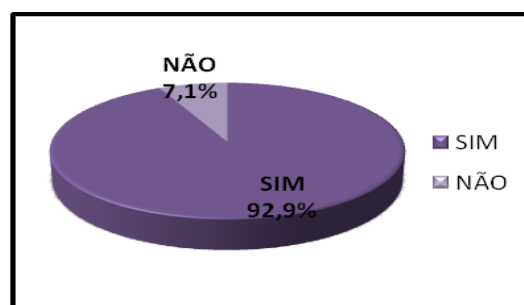


Figura – Necessidade de Escova de Cabelo para Tomar Banho, Lavar e Escovar Cabelo – Pós-Teste

Teste T: $p=1,000$; $gl=41$; $t=0,000$

Questão: “Lavas as mãos muitas vezes ao dia?”

Tabela – Comportamento Lavar as Mãos Muitas Vezes – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO LAVAR AS MÃOS MUITAS VEZES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	38	90,5	42	100,0
Não	3	7,1	0	0,0
Não Sei	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

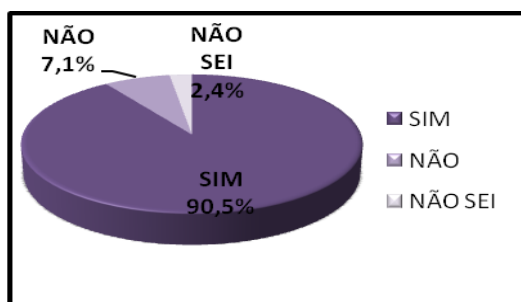


Figura – Comportamento Lavar as Mãos Muitas Vezes – Pré-Teste

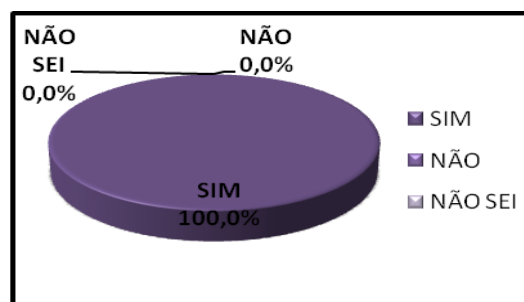
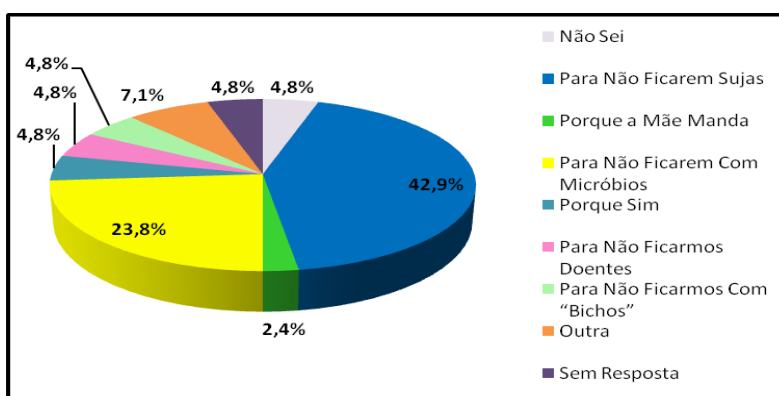
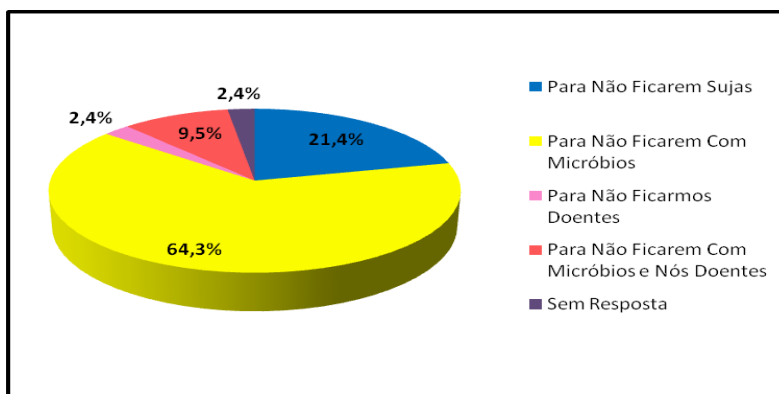


Figura – Comportamento Lavar as Mãos Muitas Vezes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,058$; $gl=41$; $t=1,952$

Questão: “Lavas as mãos muitas vezes ao dia porquê?”**Tabela – Comportamento Importância de Lavar as Mãos Muitas Vezes – Pré e Pós-Teste**

IMPORTÂNCIA LAVAR AS MÃOS MUITAS VEZES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Não Sei	2	4,8	-	-
Para Não Ficarem Sujas	18	42,9	9	21,4
Porque a Mãe Manda	1	2,4	-	-
Para Não Ficarem Com Micróbios	10	23,8	27	64,7
Porque Sim	2	4,8	-	-
Para Não Ficarmos Doentes	2	4,8	1	2,4
Para Não Ficarmos Com “Bichos”	2	4,8	-	-
Outra	3	7,1	-	-
Para Não Ficarem Com Micróbios e Nós Doentes	-	-	4	9,5
Sem Resposta	2	4,8	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

**Figura – Importância Lavar as Mãos Muitas Vezes – Pré-Teste****Figura – Importância Lavar as Mãos Muitas Vezes – Pós-Teste**

Teste T: $p=0,185$; $gl=38$; $t=-1,350$

Questão: “Quando é que lavas as mãos?”

Opção – Ao acordar

Tabela – Comportamento Lavar as Mãos ao Acordar – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO LAVAR AS MÃOS AO ACORDAR	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	34	81,0	30	71,4
Não	7	16,7	12	28,6
Sem Resposta	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

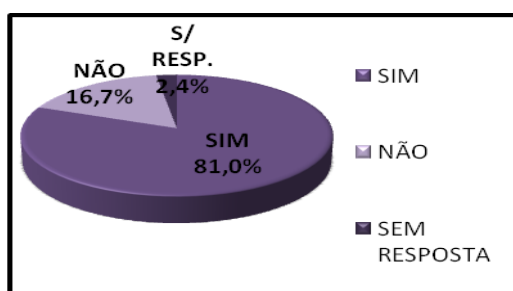


Figura – Comportamento Lavar as Mãos ao Acordar Pré-Teste

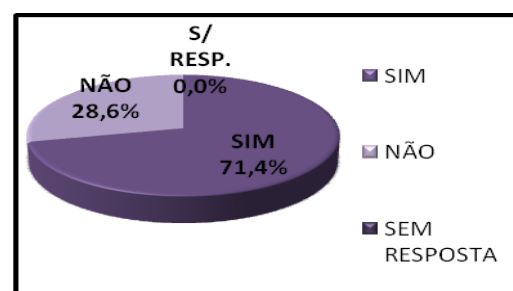


Figura – Comportamento Lavar as Mãos ao Acordar Pós-Teste

Teste T: $p=0,200$; $gl=40$; $t=-1,302$

Questão: “Quando é que lavas as mãos?”

Opção – Ao deitar

Tabela – Comportamento Lavar as Mãos ao Deitar – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO LAVAR AS MÃOS AO DEITAR	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	26	61,9	26	61,9
Não	15	35,7	16	38,1
Sem Resposta	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

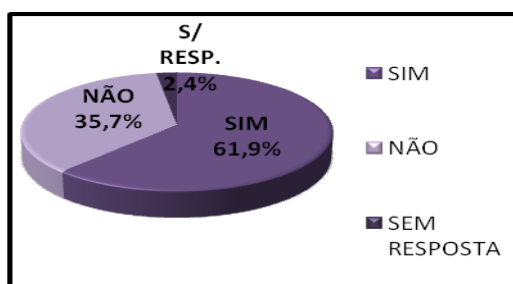


Figura – Comportamento Lavar as Mãos ao Deitar Pré-Teste

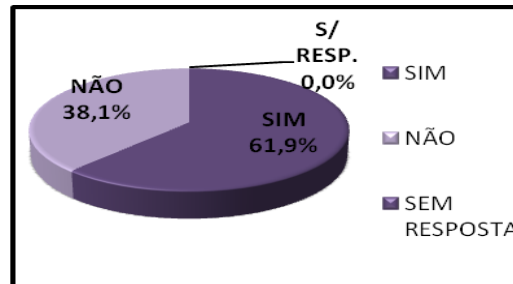


Figura – Comportamento Lavar as Mãos ao Deitar Pós-Teste

Teste T: $p=0,812$; $gl=40$; $t=-0,240$

Questão: “Quando é que lavas as mãos?”

Opção – Antes de comer

Tabela – Comportamento Lavar as Mãos Antes de Comer – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO LAVAR AS MÃOS ANTES DE COMER	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	37	88,1	42	100,0
Não	4	9,5	0	0,0
Sem Resposta	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

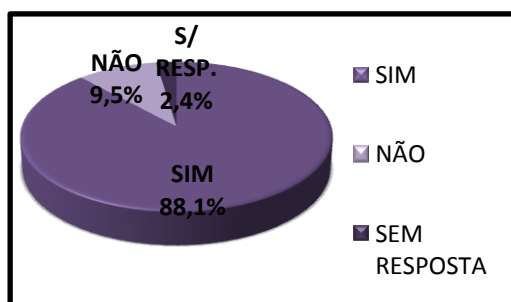


Figura – Comportamento Lavar as Mãos Antes de Comer – Pré-Teste

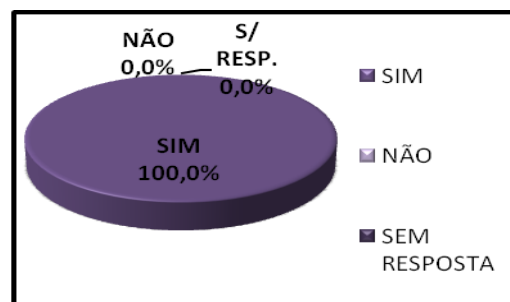


Figura – Comportamento Lavar as Mãos Antes de Comer – Pós-Teste

Teste T: $p=0,044$; $gl=40$; $t=2,080$

Questão: “Quando é que lavas as mãos?”

Opção – Depois de comer

Tabela – Comportamento Lavar as Mãos Depois de Comer – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO LAVAR AS MÃOS DEPOIS DE COMER	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	16	38,1	24	57,1
Não	25	59,5	18	42,9
Sem Resposta	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

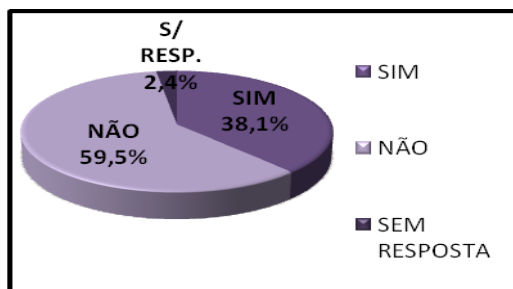


Figura – Comportamento Lavar as Mãos Depois de Comer – Pré-Teste

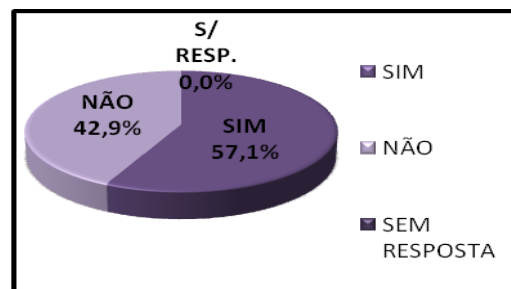


Figura – Comportamento Lavar as Mãos Depois de Comer – Pós-Teste

Teste T: $p=0,109$; $gl=40$; $t=1,639$

Questão: “Quando é que lavas as mãos?”

Opção – Antes de ir à casa de banho (WC)

Tabela – Comportamento Lavar as Mãos Antes de ir à Casa de Banho (WC) – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO LAVAR AS MÃOS ANTES DE IR AO WC	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	4	9,5	2	4,8
Não	37	88,1	39	92,9
Sem Resposta	1	2,4	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

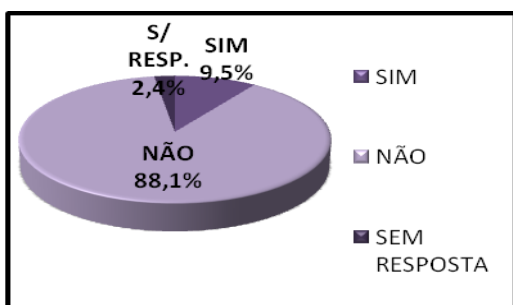


Figura – Comportamento Lavar as Mãos Antes de Ir ao WC – Pré-Teste

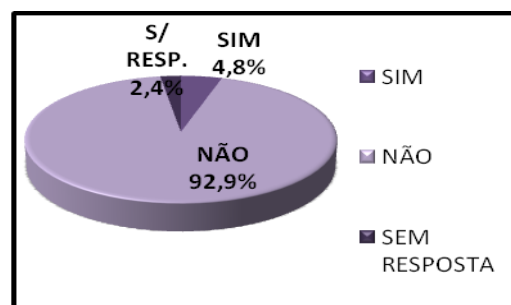


Figura – Comportamento Lavar as Mãos Antes de Ir ao WC – Pós-Teste

Teste T: $p=0,183$; $gl=39$; $t=-1,356$

Questão: “Quando é que lavas as mãos?”

Opção – Depois de ir à casa de banho (WC)

Tabela – Comportamento Lavar as Mãos Depois de Ir à Casa de Banho (WC) – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO LAVAR AS MÃOS DEPOIS DE IR AO WC	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	34	81,0	41	97,6
Não	7	16,7	1	2,4
Sem Resposta	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

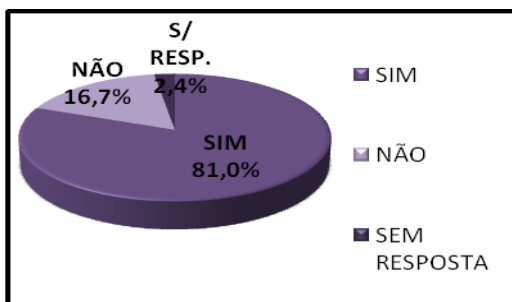


Figura – Comportamento Lavar as Mãos Depois de Ir ao WC – Pré-Teste

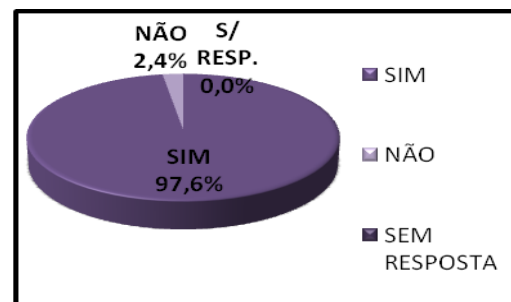
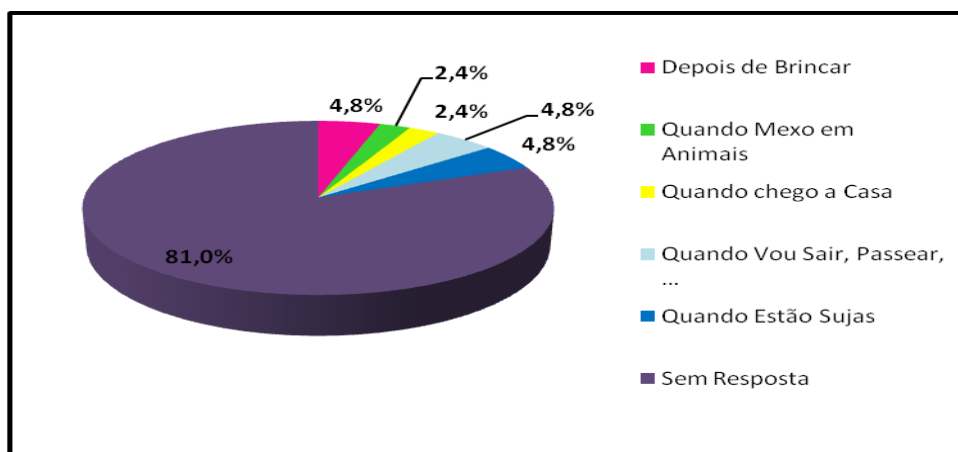
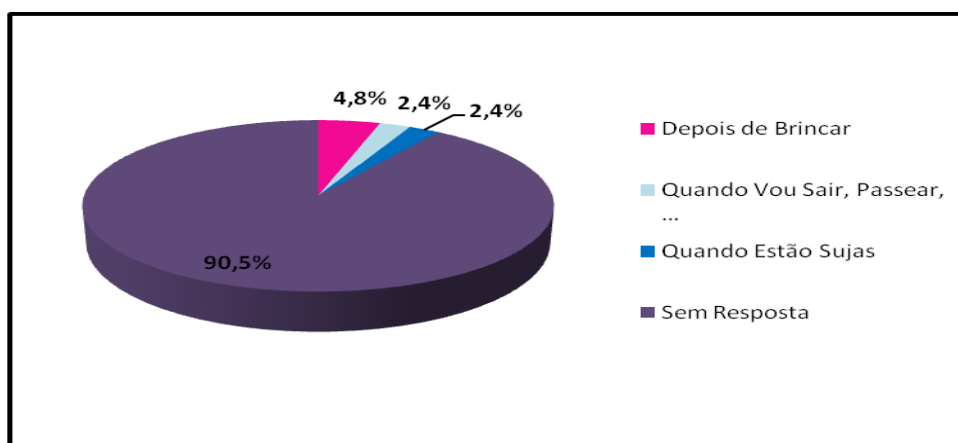


Figura – Comportamento Lavar as Mãos Depois de Ir ao WC – Pós-Teste

Teste T: $p=0,032$; $gl=40$; $t=2,221$

Questão: “Quando é que lavas as mãos?”**Opção – Outro Momento****Tabela** – Comportamento Lavar as Mãos em Outro Momento – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO LAVAR AS MÃOS OUTRO MOMENTO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Depois de Brincar	2	4,8	2	4,8
Quando Mexo em Animais	1	2,4	-	-
Quando chego a Casa	1	2,4	-	-
Quando Vou Sair, Passear, ...	2	4,8	1	2,4
Quando Estão Sujas	2	4,8	1	2,4
Sem Resposta	34	81,0	38	90,5
TOTAL	42	100	42	100

**Figura** – Comportamento Lavar as Mãos Outro Momento – Pré-Teste**Figura** – Comportamento Lavar as Mãos Outro Momento – Pós-Teste**Teste T:** $p=0,500$; $gI=1$; $t=-1,000$

Questão: “É importante manter a boca limpa?”

Tabela – Importância de Manter a Boca Limpa – Pré e Pós-Teste

IMPORTÂNCIA DE MANTER A BOCA LIMPA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

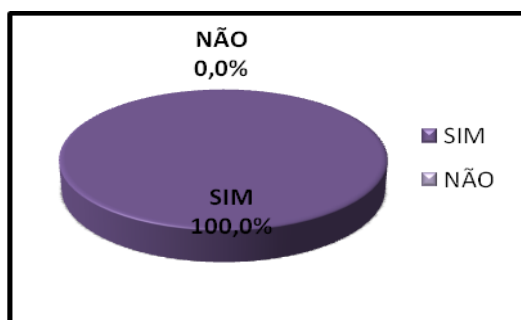


Figura – Importância de Manter a Boca Limpa – Pré-Teste

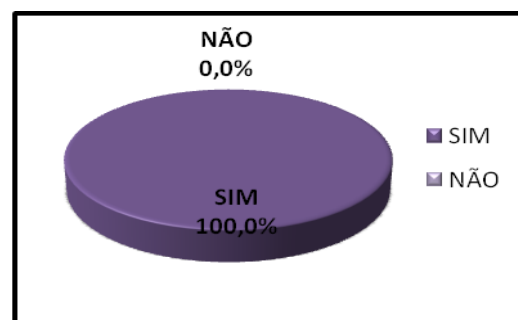


Figura – Importância de Manter a Boca Limpa – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “Para que serve a boca?”

Opção – Beber

Tabela – Necessidade da Boca para Beber – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DA BOCA PARA BEBER	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

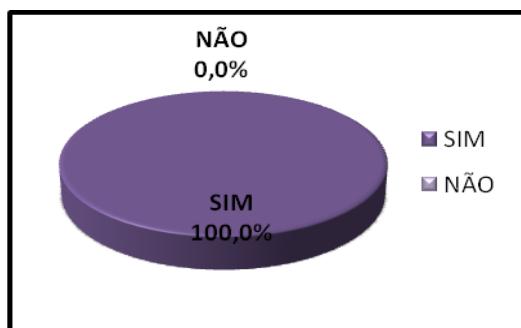


Figura – Necessidade da Boca para Beber – Pré-Teste

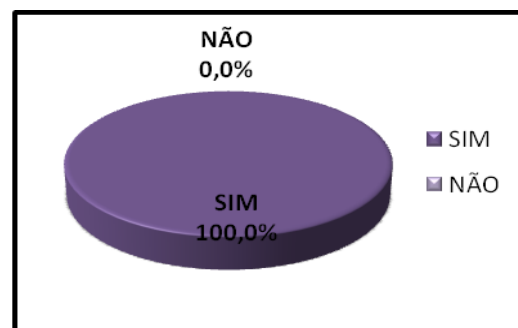


Figura – Necessidade da Boca para Beber – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “Para que serve a boca?”

Opção – Mastigar/Comer

Tabela – Necessidade da Boca para Mastigar/Comer – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DA BOCA PARA MASTIGAR/COMER	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

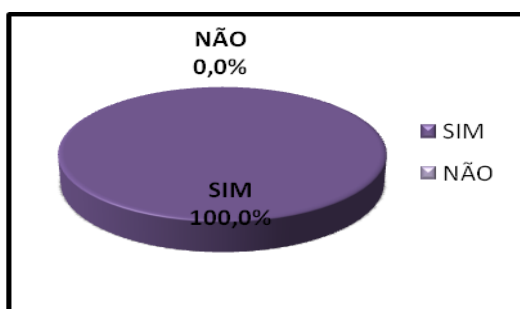


Figura – Necessidade da Boca para Mastigar/Comer – Pré-Teste

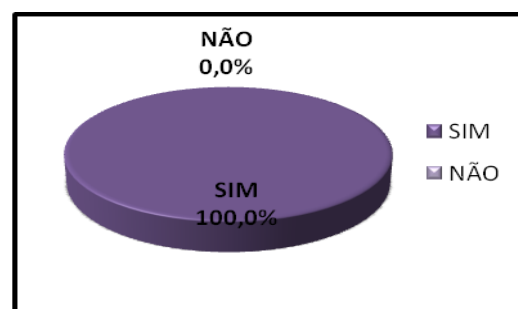


Figura – Necessidade da Boca para Mastigar/Comer – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “Para que serve a boca?”

Opção – Brincar/Saltar

Tabela – Necessidade da Boca para Brincar/Saltar – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DA BOCA PARA BRINCAR E SALTAR	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	21	50,0	1	2,4
Não	21	50,0	41	97,6
TOTAL	42	100	42	100

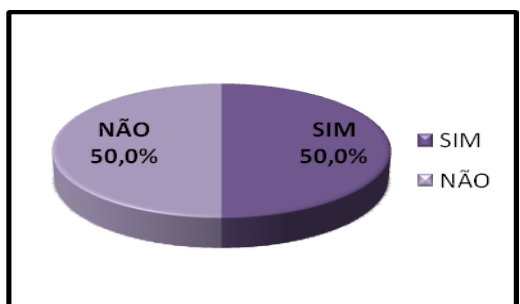


Figura – Necessidade da Boca para Brincar/Saltar – Pré-Teste

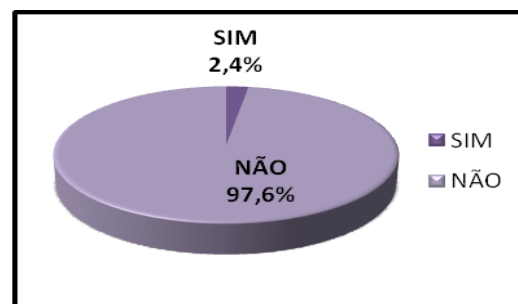


Figura – Necessidade da Boca para Brincar/Saltar – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,0001$; $gl = 41$; $t = -6,105$

Questão: “Para que serve a boca?”

Opção – Cheirar

Tabela – Necessidade da Boca para Cheirar – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DA BOCA PARA CHEIRAR	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	15	35,7	1	2,4
Não	27	64,3	41	97,6
TOTAL	42	100	42	100

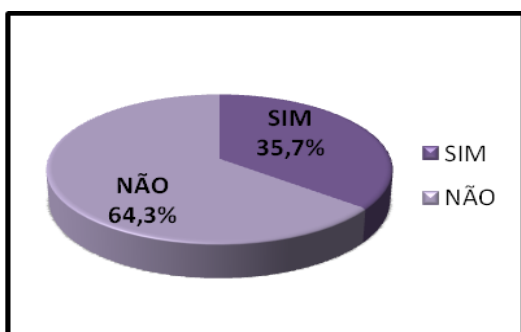


Figura – Necessidade da Boca para Cheirar – Pré-Teste

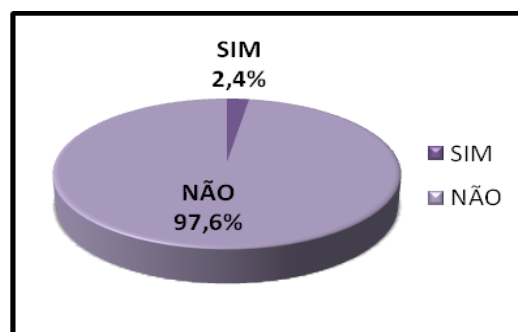


Figura – Necessidade da Boca para Cheirar – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,0001$; $gI = 41$; $t = 4,528$

Questão: “Para que serve a boca?”

Opção – Beijar

Tabela – Necessidade da Boca para Beijar – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DA BOCA PARA BEIJAR	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	40	95,2	40	95,2
Não	2	4,8	2	4,8
TOTAL	42	100	42	100

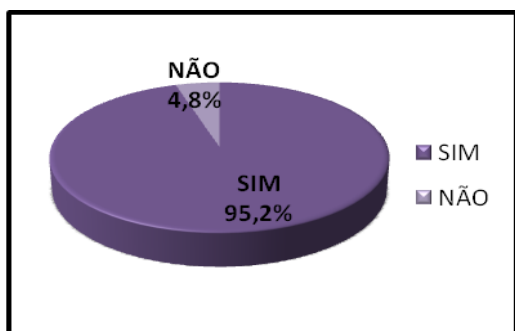


Figura – Necessidade da Boca para Beijar – Pré-Teste

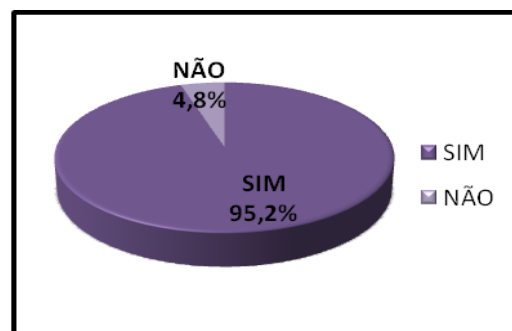


Figura – Necessidade da Boca para Beijar – Pós-Teste

Teste T: $p = 1,000$; $gI = 41$; $t = 0,000$

Questão: “Para que serve a boca?”

Opção – Ouvir

Tabela – Necessidade da Boca para Ouvir – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DA BOCA PARA OUVIR	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	22	52,4	0	0,0
Não	20	47,6	42	100,0
TOTAL	42	100	42	100

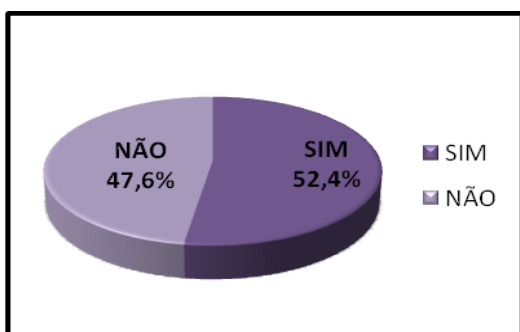


Figura – Necessidade da Boca para Ouvir – Pré-Teste

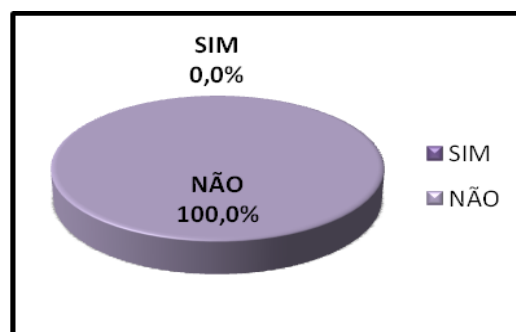


Figura – Necessidade da Boca para Ouvir – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,0001$; $gl = 41$; $t = -6,716$

Questão: “Para que serve a boca?”

Opção – Rir

Tabela – Necessidade da Boca para Rir – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DA BOCA PARA RIR	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	40	95,2	40	95,2
Não	2	4,8	2	4,8
TOTAL	42	100	42	100

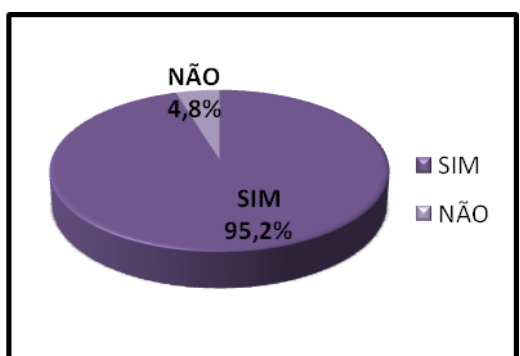


Figura – Necessidade da Boca para Rir – Pré-Teste

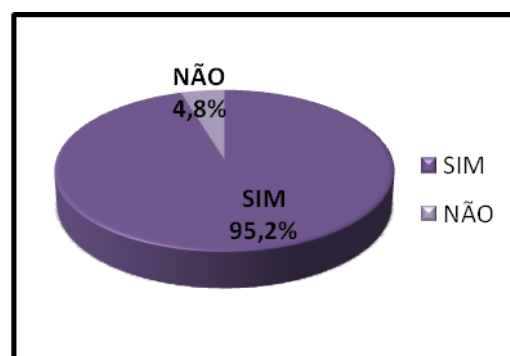


Figura – Necessidade da Boca para Rir – Pós-Teste

Teste T: $p = 1,000$; $gl = 41$; $t = 0,000$

Questão: “Para que serve a boca?”

Opção – Ver

Tabela – Necessidade da Boca para Ver – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DA BOCA PARA VER	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	21	50,0	1	2,4
Não	21	50,0	41	97,6
TOTAL	42	100	42	100

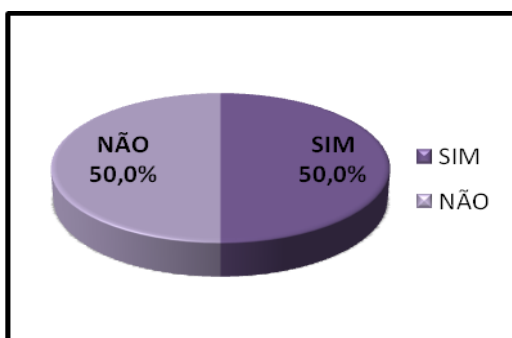


Figura – Necessidade da Boca para Ver – Pré-Teste

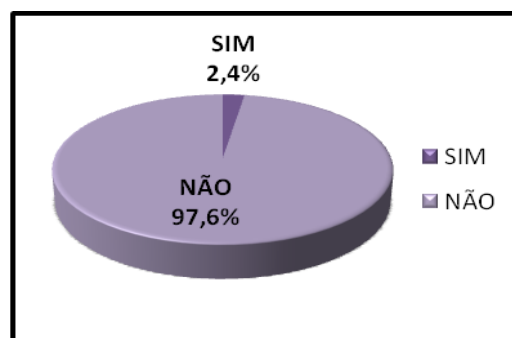


Figura – Necessidade da Boca para Ver – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,0001$; $gl = 41$; $t = -5,594$

Questão: “Para que serve a boca?”

Opção – Falar

Tabela – Necessidade da Boca para Falar – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DA BOCA PARA FALAR	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

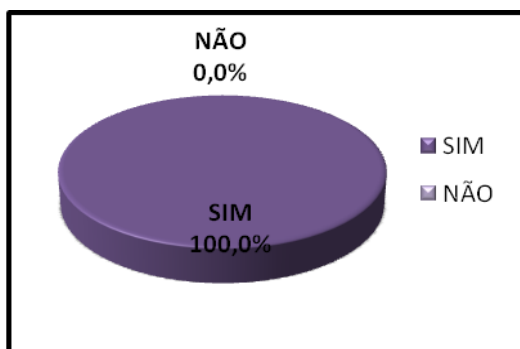


Figura – Necessidade da Boca para Falar – Pré-Teste

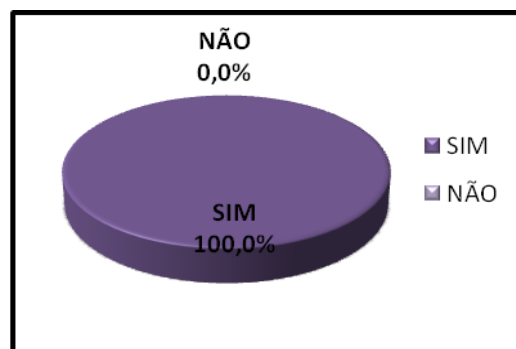
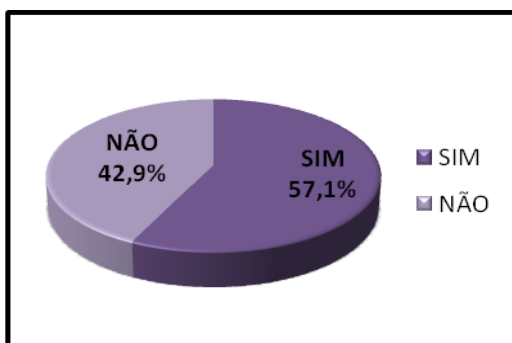
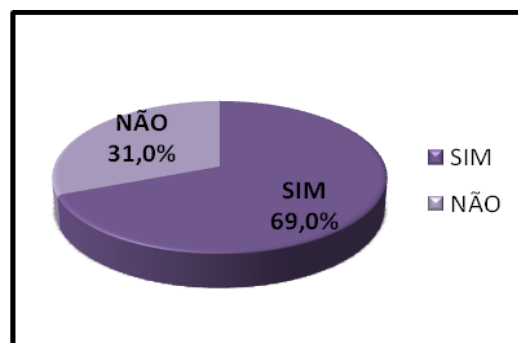


Figura – Necessidade da Boca para Falar – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “Para que serve a boca?”**Opção – Fazer Caretas****Tabela – Necessidade da Boca para Fazer Caretas – Pré e Pós-Teste**

NECESSIDADE DA BOCA PARA CARETAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	24	57,1	29	69,0
Não	18	42,9	13	31,0
TOTAL	42	100	42	100

**Figura – Necessidade da Boca para Fazer Caretas – Pré-Teste****Figura – Necessidade da Boca para Fazer Caretas – Pós-Teste**

Teste T: $p=0,133$; $gl=41$; $t=1,532$

Questão: “O que existe dentro da boca?”**Tabela – Constituintes da Boca – Pré e Pós-Teste**

CONSTITUINTES DA BOCA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Não Sei	1	2,4	-	-
Nada	2	4,8	-	-
Dentes	11	26,2	1	2,4
Dentes e Língua	23	54,8	32	76,2
Dentes, Língua, Lábios e Garganta	1	2,4	1	2,4
Língua	3	7,1	-	-
Dentes, Língua e Gengivas	1	2,4	3	7,1
Dentes, Língua e Lábios	-	-	2	4,8
Dentes, Língua e Céu-da-Boca	-	-	2	4,8
Dentes, Língua, Céu-da-Boca e Gengivas	-	-	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

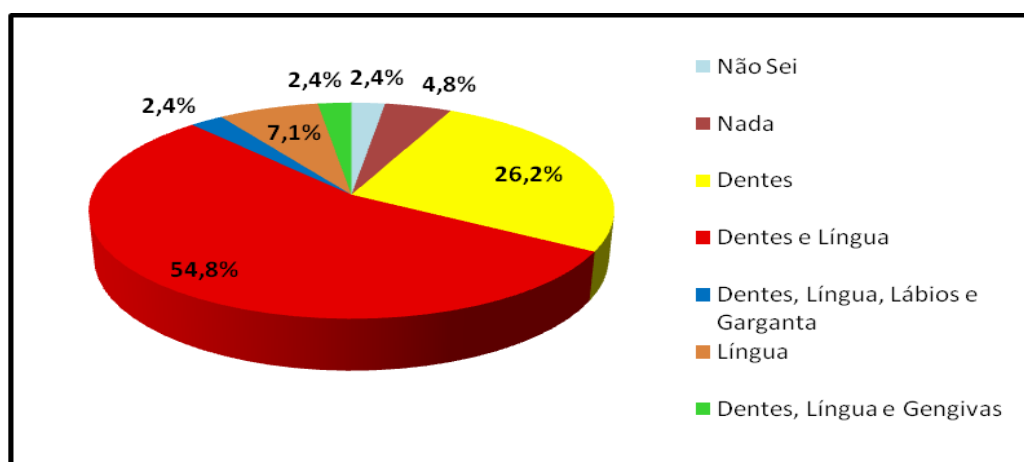


Figura – Constituintes da Boca – Pré-Teste

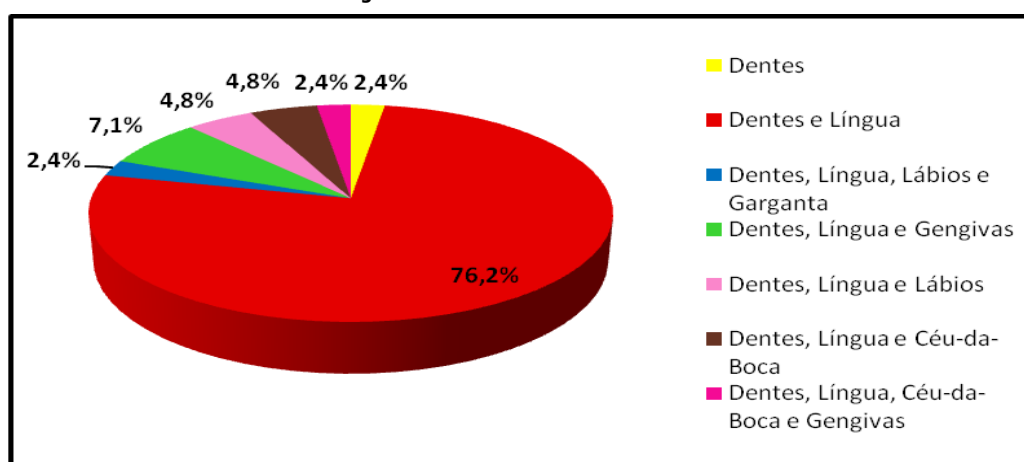


Figura – Constituintes da Boca – Pós-Teste

Teste T: $p=0,003$; $gl=41$; $t=-3,135$

Questão: “Para que servem os dentes?”

Tabela – Função dos Dentes – Pré e Pós-Teste

FUNÇÃO DOS DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Não Sei	5	11,9	-	-
Para Lavar	11	26,2	3	7,1
Para Comer/Mastigar	22	52,4	26	61,9
Para Comer e Lavar	3	7,1	4	9,5
Para Falar e Lavar	1	2,4	-	0
Para Comer e Beber	-	-	2	4,8
Para Comer, Lavar e Falar	-	-	1	2,4
Para Comer, Lavar e Outros	-	-	5	11,9
Sem Resposta	-	-	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

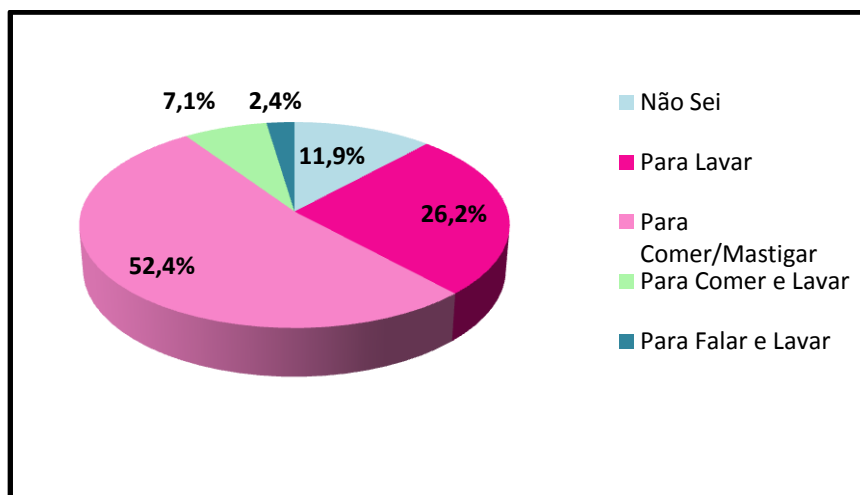


Figura – Função dos Dentes – Pré-Teste

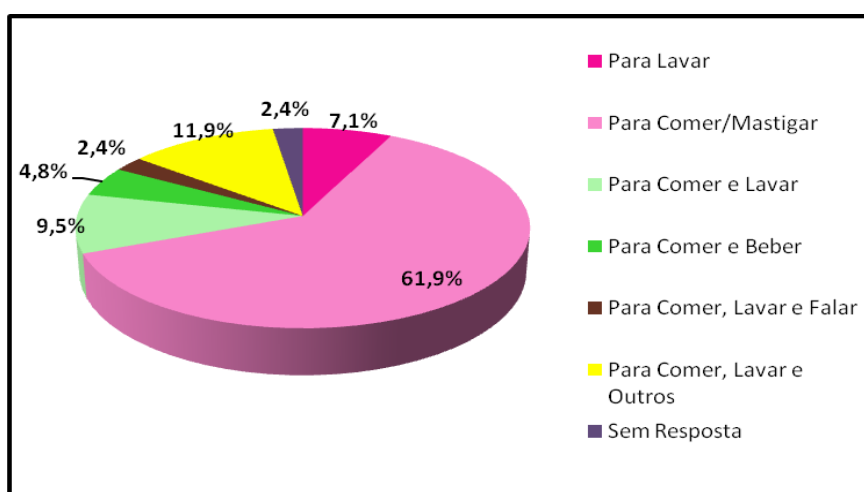


Figura – Função dos Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,0001$; $gl = 40$; $t = -4,219$

Questão: “Os dentes são todos iguais, têm a mesma forma ou tamanho?”

Tabela – Forma e Tamanho dos Dentes Todos Iguais – Pré e Pós-Teste

FORMA E TAMANHO DE DENTES TODOS IGUAIS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	29	69,0	4	9,5
Não	11	26,2	38	90,5
Não Sei	2	4,8	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

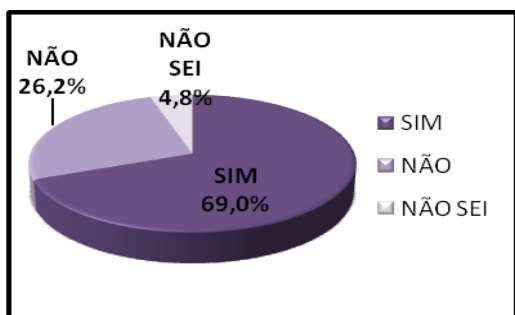


Figura – Forma e Tamanho dos Dentes Todos Iguais – Pré-Teste

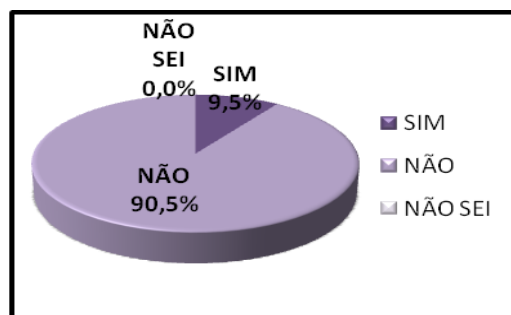


Figura – Forma e Tamanho dos Dentes Todos Iguais – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,0001$; $gl=41$; $t=-5,98$

Questão: “Os dentes têm nomes diferentes?”

Tabela – Designação Dentes Diferente – Pré e Pós-Teste

DESIGNAÇÃO DOS DENTES IGUAL	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	6	14,3	18	42,9
Não	32	76,2	23	54,8
Não Sei	4	9,5	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

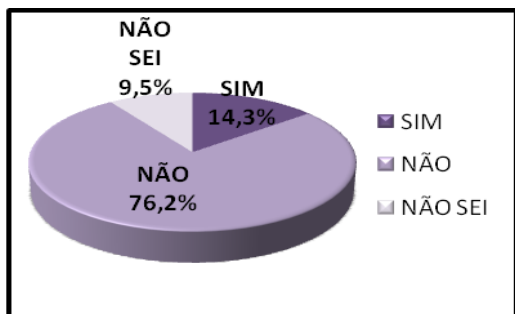


Figura – Designação Dentes Diferente – Pré-Teste

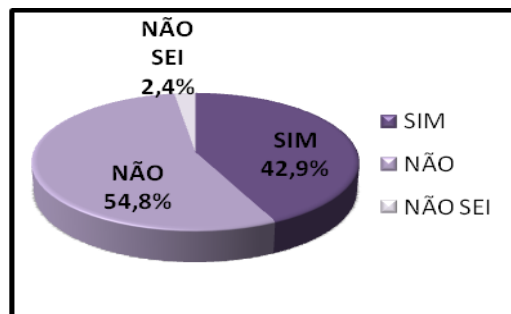


Figura – Designação Dentes Diferentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,001$; $gl=41$; $t=3,747$

Questão: “Se os dentes têm nomes diferentes, quais são?”

Tabela – Designação dos Dentes – Pré e Pós-Teste

DESIGNAÇÃO DOS DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Não Sei	5	11,9	-	-
Discriminação de Tamanhos	1	2,4	-	-
Sem Resposta	36	85,7	42	100,0
TOTAL	42	100	42	100

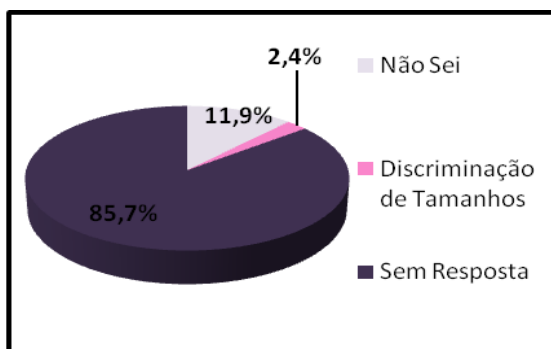


Figura – Designação dos Dentes – Pré-Teste

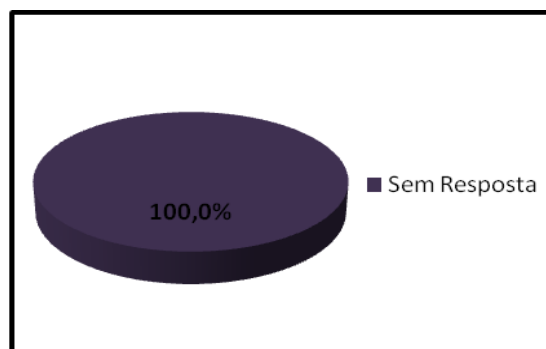


Figura – Designação dos Dentes – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “É importante lavar os dentes?”

Tabela – Importância da Escovagem dos Dentes – Pré e Pós-Teste

IMPORTÂNCIA DA ESCOVAGEM DOS DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

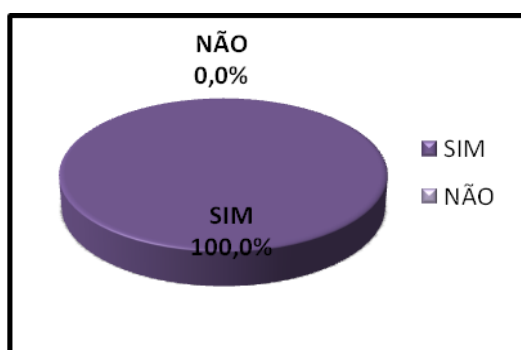


Figura – Importância da Escovagem dos Dentes – Pré-Teste

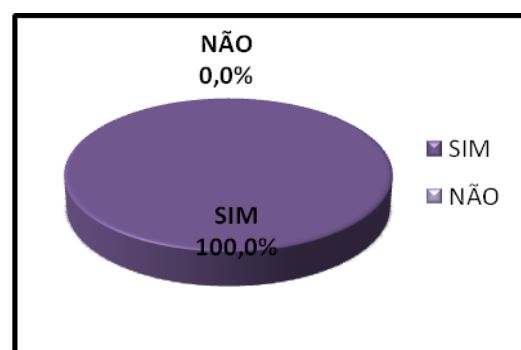


Figura – Importância da Escovagem dos Dentes – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “Se é importante lavar os dentes, porquê?”

Tabela – Motivos da Importância da Escovagem dos Dentes – Pré e Pós-Teste

MOTIVOS DA IMPORTÂNCIA DA ESCOVAGEM DOS DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Não Sei	4	9,5	-	-
Porque Senão Ficam	27	64,3	25	59,5

Saúde e Higiene Oral em Jardins-de-Infância: Um Benefício ou Um Risco?

Podres				
Porque Sim	5	11,9	-	-
Para Comer e Crescer	2	4,8	-	-
Para Não Ficarmos Doentes	2	4,8	2	4,8
Porque a Mãe Manda	2	4,8	-	-
Para Não Ficar Com Micróbios	-	-	11	26,2
Para Não Ficarmos Com Cáries	-	-	3	7,1
Sem Resposta	-	-	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

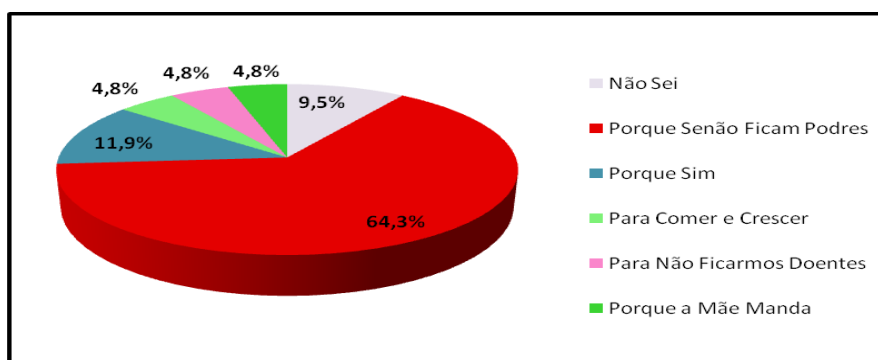


Figura – Motivos da Importância da Escovagem dos Dentes – Pré-Teste

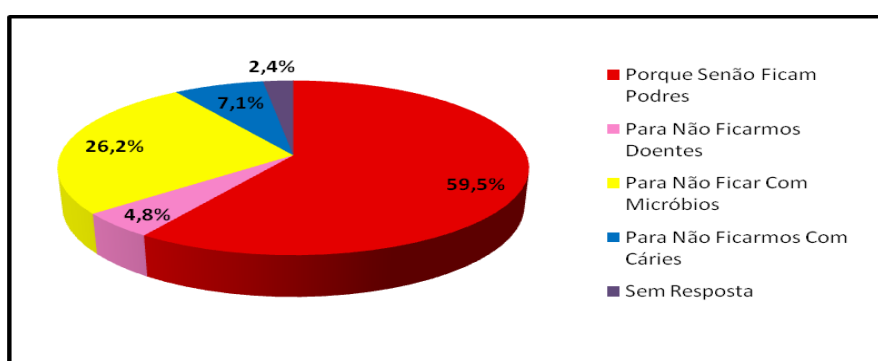


Figura – Motivos da Importância da Escovagem dos Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,0001$; $gl=40$; $t=-3,826$

Questão: “O que é preciso para lavar os dentes?”

Opção – Esponja

Tabela – Necessidade de Esponja para Escovar os Dentes – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE ESPONJA PARA ESCOVAR DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	2	4,8	0	0,0
Não	40	95,2	42	100,0
TOTAL	42	100	42	100

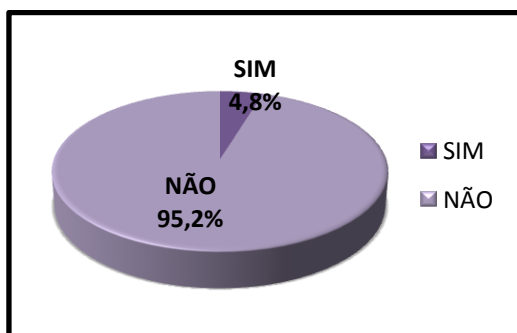


Figura – Necessidade de Esponja Para Escovar os Dentes – Pré-Teste

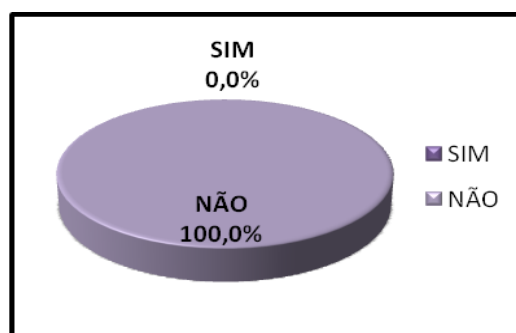


Figura – Necessidade de Esponja Para Escovar os Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,160$; $gl=41$; $t=-1,432$

Questão: “O que é preciso para lavar os dentes?”

Opção – Elixir

Tabela – Necessidade de Elixir para Escovar os Dentes – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE ELIXIR PARA ESCOVAR DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	29	69,0	28	66,7
Não	13	31,0	14	33,3
TOTAL	42	100	42	100

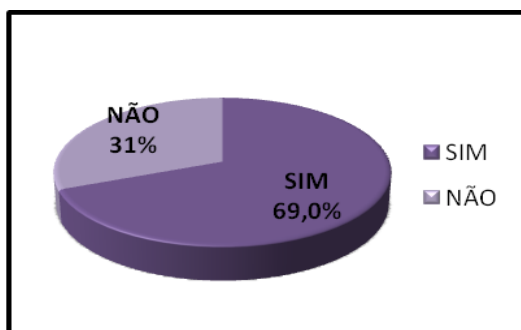


Figura – Necessidade de Elixir Para Escovar os Dentes – Pré-Teste

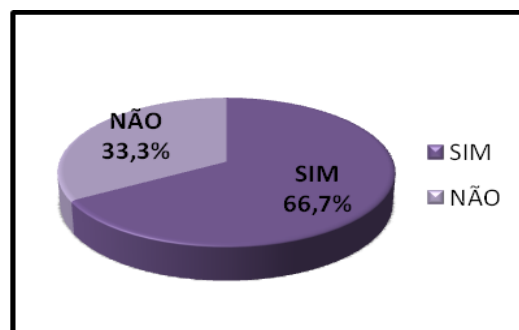


Figura – Necessidade de Elixir Para Escovar os Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,767$; $gl=41$; $t=-0,298$

Questão: “O que é preciso para lavar os dentes?”

Opção – Toalha

Tabela – Necessidade de Toalha para Escovar os Dentes – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE TOALHA PARA ESCOVAR DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	19	45,2	12	28,6
Não	23	54,8	30	71,4
TOTAL	42	100	42	100

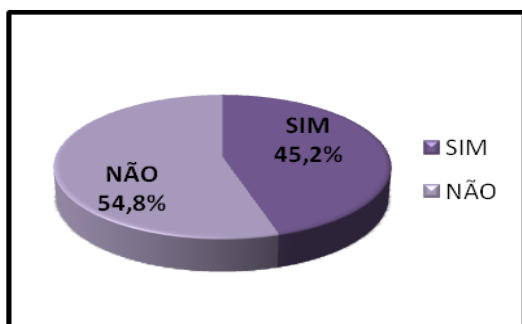


Figura – Necessidade de Toalha Para Escovar os Dentes – Pré-Teste

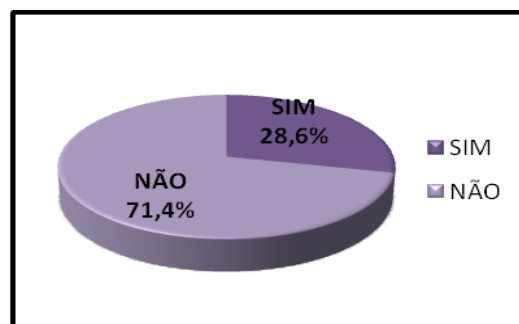


Figura – Necessidade de Toalha Para Escovar os Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,051$; $gl=41$; $t=-2,011$

Questão: “O que é preciso para lavar os dentes?”

Opção – Sabonete

Tabela – Necessidade de Sabonete para Escovar os Dentes – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE SABONETE PARA ESCOVAR DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	3	7,1	1	2,4
Não	39	92,9	41	97,6
TOTAL	42	100	42	100

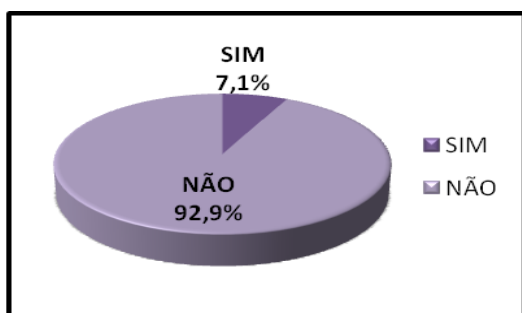


Figura – Necessidade de Sabonete Para Escovar os Dentes – Pré-Teste

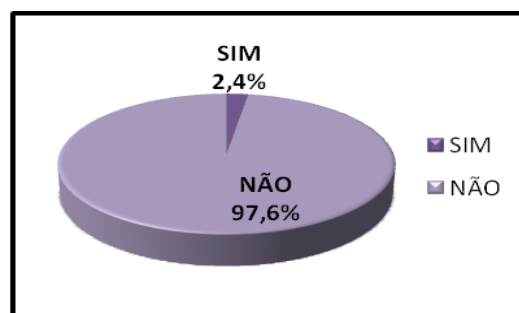


Figura – Necessidade de Sabonete Para Escovar os Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,160$; $gl=41$; $t=-1,432$

Questão: “O que é preciso para lavar os dentes?”

Opção – Copo e escova dos dentes

Tabela – Necessidade de Copo e Escova dos Dentes para Escovar os Dentes – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE COPO E ESCOVA DE DENTES PARA ESCOVAR DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	42	100,0
Não	0	0,0	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

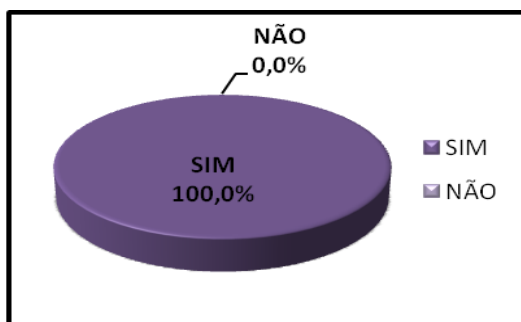


Figura – Necessidade de Copo e Escova dos Dentes Para Escovar os Dentes – Pré-Teste

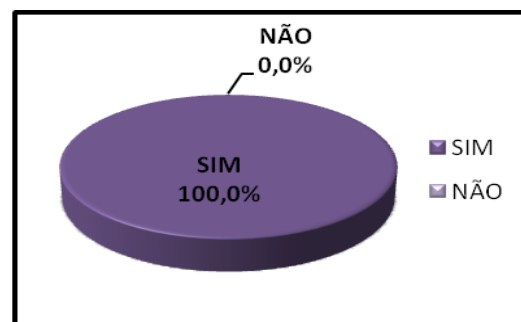


Figura – Necessidade de Copo e Escova dos Dentes Para Escovar os Dentes – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “O que é preciso para lavar os dentes?”

Opção – Fio dentário

Tabela – Necessidade de Fio Dentário para Escovar os Dentes – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE FIO DENTÁRIO PARA ESCOVAR DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	15	35,7	24	57,1
Não	27	64,3	18	42,9
TOTAL	42	100	42	100

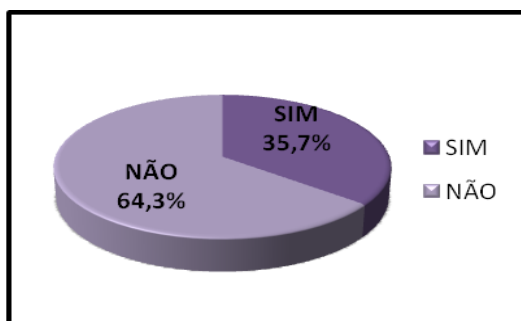


Figura – Necessidade de Fio Dentário Para Escovar os Dentes – Pré-Teste

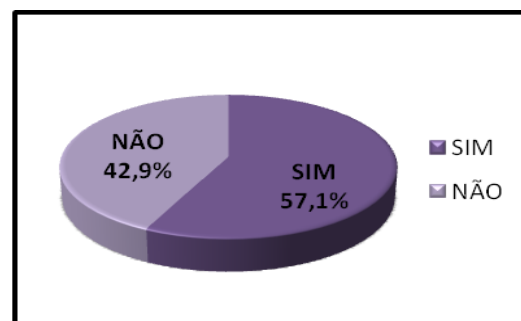


Figura – Necessidade de Fio Dentário Para Escovar os Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,037$; $gl=41$; $t=2,152$

Questão: “O que é preciso para lavar os dentes?”

Opção – Pasta dos Dentes

Tabela – Necessidade de Pasta dos Dentes para Escovar os Dentes – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE PASTA PARA ESCOVAR DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	42	100,0	41	97,6
Não	0	0,0	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

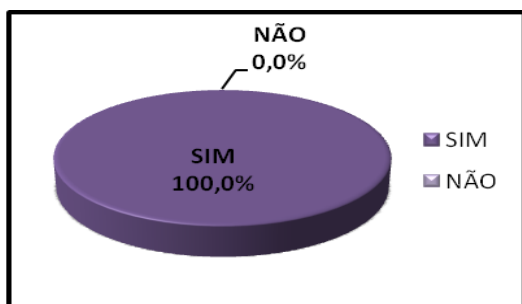


Figura – Necessidade de Pasta dos Dentes Para Escovar os Dentes – Pré-Teste

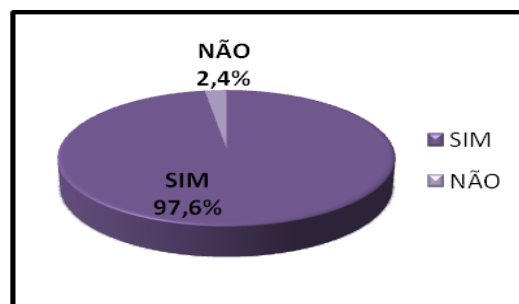


Figura – Necessidade de Pasta dos Dentes Para Escovar os Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,323$; $gl=41$; $t=-1,000$

Questão: “O que é preciso para lavar os dentes?”

Opção – Gel de Banho

Tabela – Necessidade de Gel de Banho para Escovar os Dentes – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE GEL PARA ESCOVAR DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	2	4,8	0	0,0
Não	40	95,2	42	100,0
TOTAL	42	100	42	100

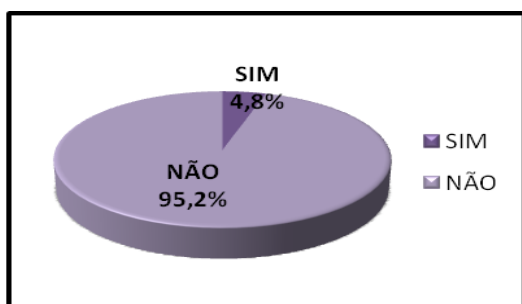


Figura – Necessidade de Gel de Banho Para Escovar os Dentes – Pré-Teste

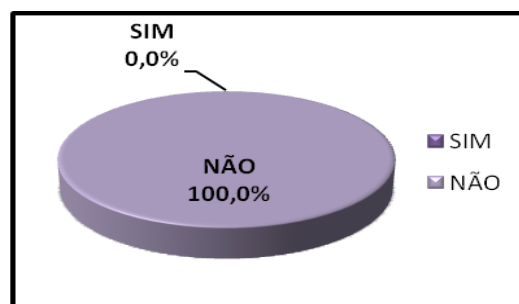


Figura – Necessidade de Gel de Banho Para Escovar os Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,160$ $gl=41$; $t=-1,432$

Questão: “O que é preciso para lavar os dentes?”

Opção – Escova de Cabelo

Tabela – Necessidade de Escova de Cabelo para Escovar os Dentes – Pré e Pós-Teste

NECESSIDADE DE ESCOVA DE CABELO PARA ESCOVAR DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	3	7,1	0	0,0
Não	39	92,9	42	100,0
TOTAL	42	100	42	100

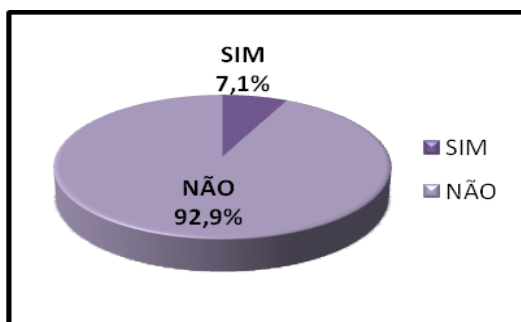


Figura – Necessidade de Escova de Cabelo Para Escovar os Dentes – Pré-Teste

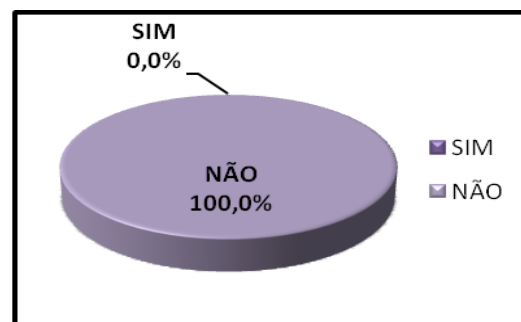


Figura – Necessidade de Escova de Cabelo Para Escovar os Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,083$ $gl=41$; $t=-1,776$

Questão: “Quantas vezes lavas os dentes por dia?”

Tabela – Número de Escovagens por Dia – Pré e Pós-Teste

NÚMERO DE ESCOVAGENS POR DIA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Uma Vez	9	21,4	5	11,9
Duas Vezes	32	76,2	33	78,6
Não Escovo	1	2,4	-	-
Mais de Duas Vezes	-	-	4	9,5
TOTAL	42	100	42	100

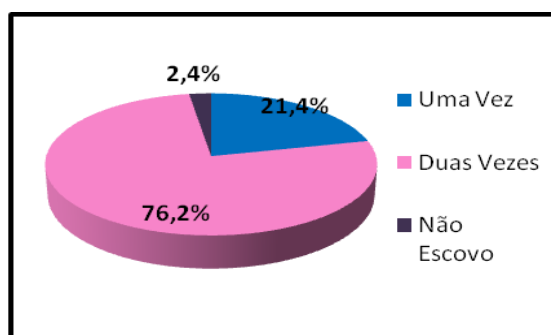


Figura – Número de Escovagens por Dia – Pré-Teste

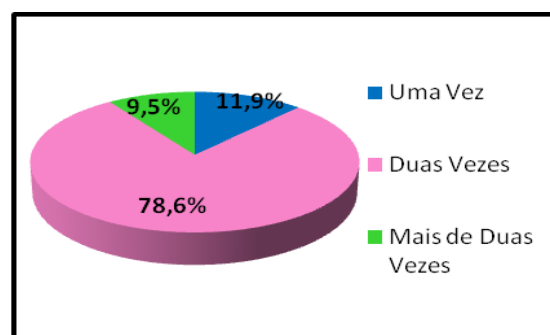


Figura – Número de Escovagens por Dia – Pós-Teste

Teste T: $p=0,110$ $gl=41$; $t=-1,635$

Questão: “Quando escovas os dentes?”

Tabela – Momentos de Escovagem – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
MOMENTOS DE ESCOVAGEM	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Acordar	2	4,8	-	-
Deitar	6	14,3	5	11,9
Depois de Comer	1	2,4	-	-
Acordar e Deitar	32	76,2	33	78,6
Acordar, Deitar e Depois de Comer	-	-	4	9,5
Sem Resposta	1	2,4	-	-
TOTAL	42	100	42	100

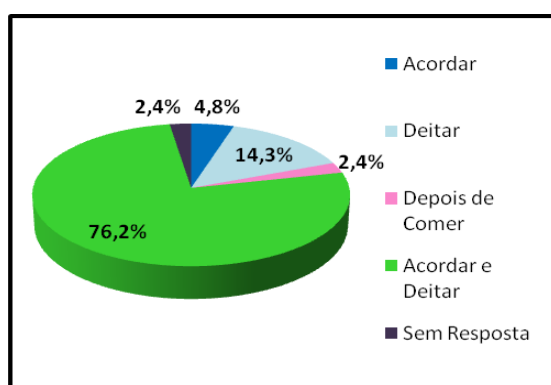


Figura – Momentos de Escovagem – Pré-Teste

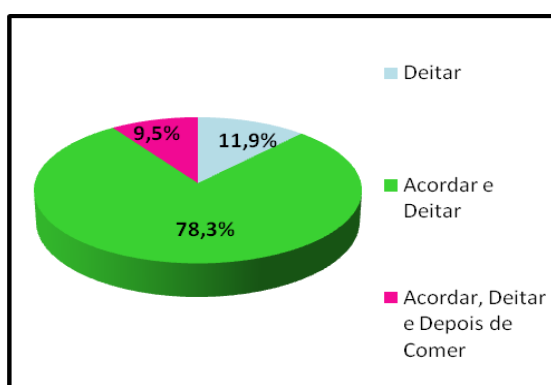


Figura – Momentos de Escovagem – Pós-Teste

Teste T: $p=0,028$; $gl=40$; $t=-2,286$

Questão: “Quem te ensinou a lavar os dentes?”

Tabela – Aprendizagem do Método de Escovagem dos Dentes – Pré e Pós-Teste

	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
APRENDIZAGEM DO MÉTODO DE ESCOVAGEM DOS DENTES	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Mãe	31	73,8	23	54,8
Pai	3	7,1	1	2,4
Irmãos	3	7,1	3	7,1
Tias/Tios	1	2,4	1	2,4
Mãe e Pai	2	4,8	12	28,6
Ninguém	1	2,4	-	-
Médico Dentista	-	-	2	4,8
Sem Resposta	1	2,4	-	-
TOTAL	42	100	42	100

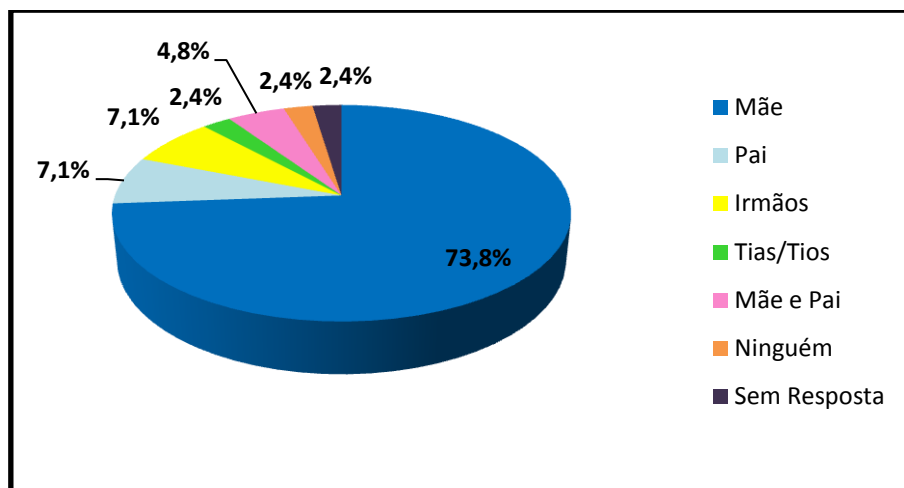


Figura – Aprendizagem do Método de Escovagem dos Dentes – Pré-Teste

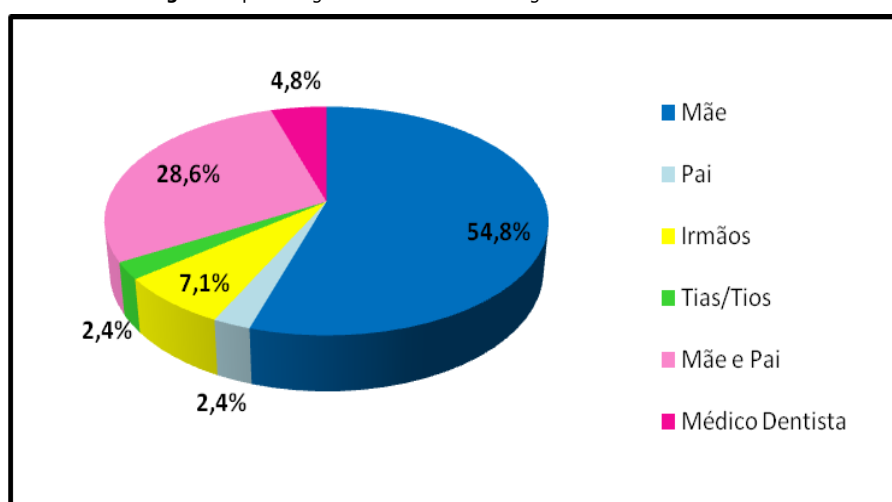


Figura – Aprendizagem do Método de Escovagem dos Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,003$; $gl=40$; $t=-3,202$

Questão: “*Costumas escovar os dentes sozinho?*”

Tabela – Escovagem Sem Ajuda – Pré e Pós-Teste

ESCOVAGEM SEM AJUDA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	29	69,0	40	95,2
Não	12	28,6	2	4,8
Sem Resposta	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

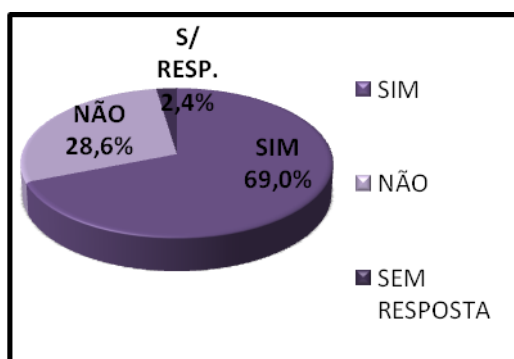


Figura – Escovagem Sem Ajuda – Pré-Teste

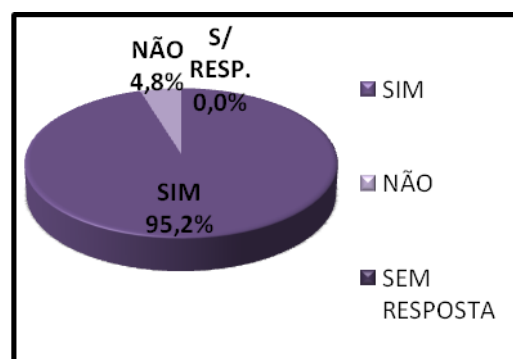


Figura – Escovagem Sem Ajuda – Pós-Teste

Teste T: $p=0,001$; $gl=40$; $t=3,592$

Questão: “Se não escovas sozinho, quem te ajuda?”

Tabela – Ajuda na Escovagem – Pré e Pós-Teste

AJUDA NA ESCOVAGEM	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Mãe	12	28,6	2	4,8
Sem Resposta	30	71,4	40	95,2
TOTAL	42	100	42	100

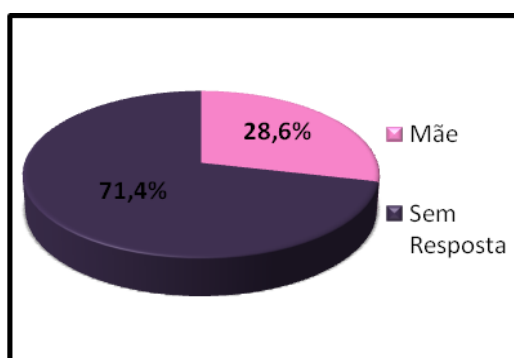


Figura – Ajuda na Escovagem – Pré-Teste

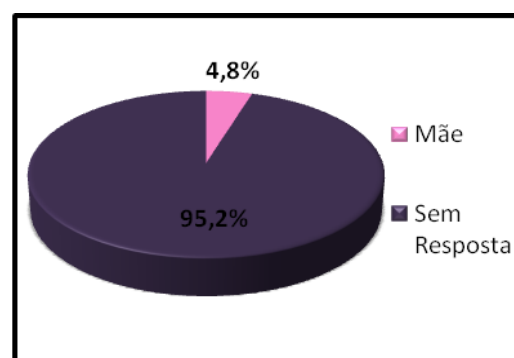


Figura – Ajuda na Escovagem – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “Tens uma escova de dentes só para ti?”

Tabela – Uso de Escova Individual – Pré e Pós-Teste

USO DE ESCOVA INDIVIDUAL	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	41	97,6	42	100,0
Sem Resposta	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

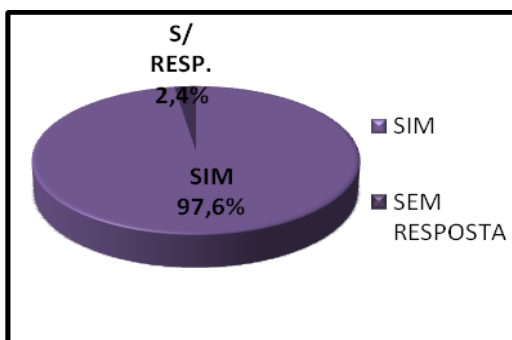


Figura – Uso de Escova Individual – Pré-Teste

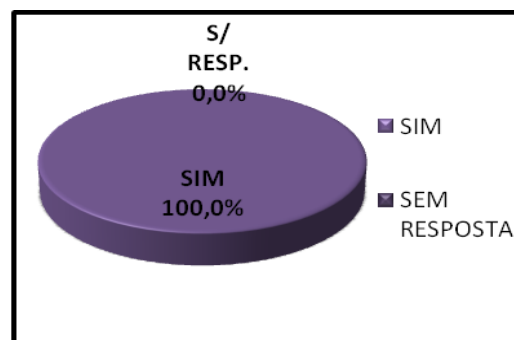


Figura – Uso de Escova Individual – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “Se tens uma escova de dentes só para ti, porquê?”

Tabela – Motivos do Uso de Escova Individual – Pré e Pós-Teste

MOTIVOS DO USO DE ESCOVA INDIVIDUAL	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Não Sei	5	11,9	-	-
Porque Sim	3	7,1	-	-
Para Lavar os Meus Dentes	8	19,0	3	7,1
Porque os Meus Pais/Irmãos Também Têm	21	50,0	4	9,5
Porque a Minha Escova é Pequena	2	4,8	-	-
Porque Não Se Podem Usar Escovas de Outros	1	2,4	-	-
Porque Não se Podem Emprestar	-	-	11	26,2
Porque Não Se Pode Emprestar Senão Ficamos Com Micróbios	-	-	20	47,6
Sem Resposta	2	4,8	4	9,5
TOTAL	42	100	42	100

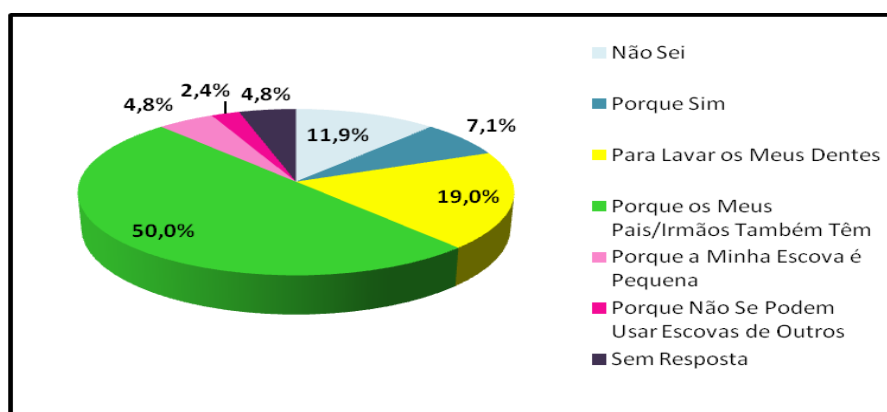


Figura – Motivos do Uso de Escova Individual – Pré-Teste

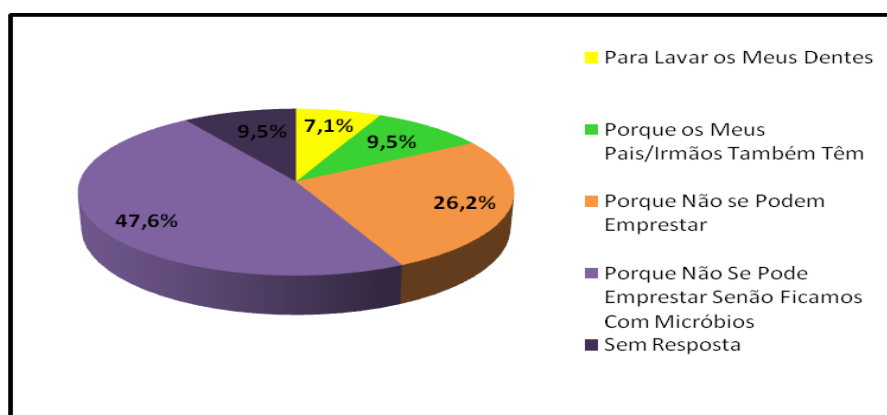


Figura – Motivos do Uso de Escova Individual – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,00001$; $gl = 35$; $t = -9,426$

Questão: “Descreve como lavas os dentes.”

Tabela – Descrição da Escovagem – Pré e Pós-Teste

DESCRIÇÃO DA ESCOVAGEM	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Lavar os Dentes de Frente e os de Lado	23	54,8	-	-
Lavar os Dentes de Lado e os de Frente	6	14,3	1	2,4
Lavar os Dentes de Baixo e os de Cima	4	9,5	-	-
Lavar os Dentes de Cima e os de Baixo	2	4,8	-	-
Outra Maneira	4	9,5	3	7,1
Lavar às “Rodinhas”, os dentes de Fora, de Dentro e de Cima	-	-	21	50,0
Lavar às “Rodinhas”	-	-	12	28,6
Lavar às “Rodinhas”, os dentes de Fora, de Cima e de Dentro	-	-	2	4,8
Sem Resposta	3	7,1	3	7,1
TOTAL	42	100	42	100

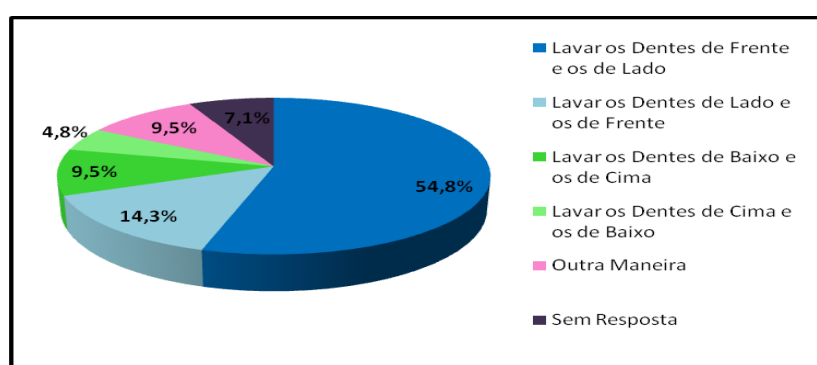


Figura – Descrição da Escovagem – Pré-Teste

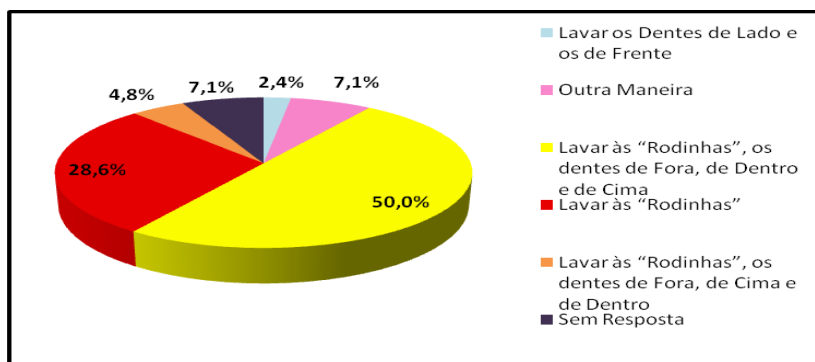


Figura – Descrição da Escovagem – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,0001$; $gl = 35$; $t = -13,447$

Questão: “*Lavas a língua com a escova dos dentes?*”

Tabela – Comportamento Escovar a Língua – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO ESCOVAR A LÍNGUA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	18	42,9	42	100,0
Não	23	54,8	0	0,0
Sem Resposta	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

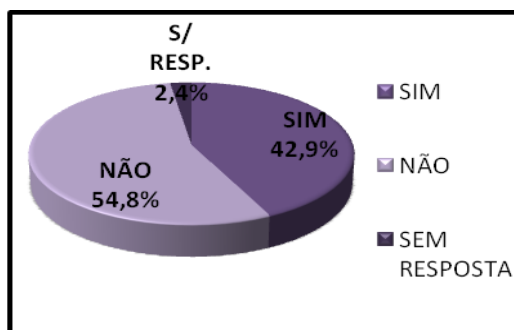


Figura – Comportamento Escovar a Língua – Pré-Teste

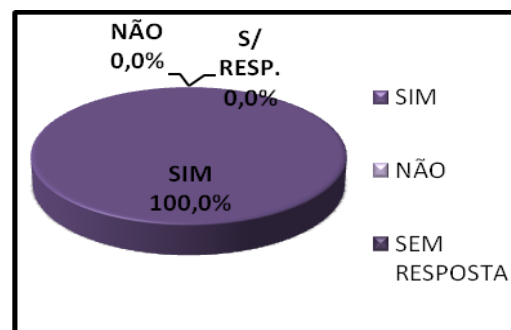


Figura – Comportamento Escovar a Língua – Pós-Teste

Teste T: $p < 0,000$; $gl = 40$; $t = 7,149$

Questão: “*Sabes o que é o fio dentário?*”

Tabela – Conceito de Fio Dentário – Pré e Pós-Teste

CONCEITO DE FIO DENTÁRIO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	15	35,7	35	83,3
Não	27	64,3	7	16,7
TOTAL	42	100	42	100

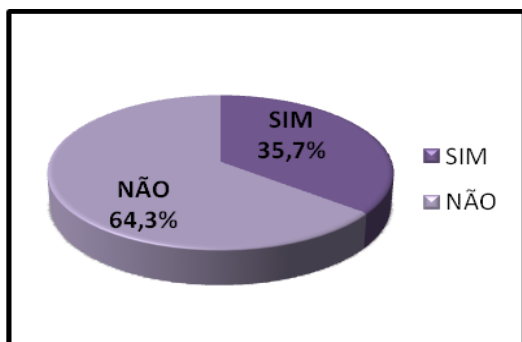


Figura – Conceito de Fio Dentário – Pré-Teste

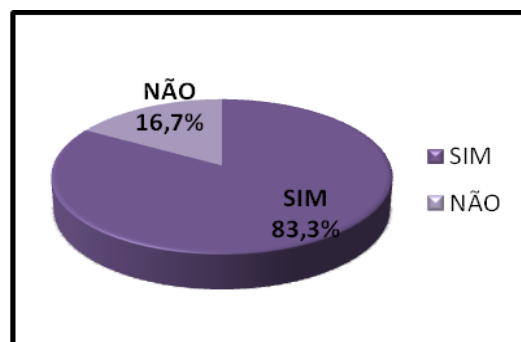


Figura – Conceito de Fio Dentário – Pós-Teste

Teste T: $p=0,000$; $gl=41$; $t=6,105$

Questão: “Se sabes o que é o fio dentário, o que é?”

Tabela – Descrição do Conceito de Fio Dentário – Pré e Pós-Teste

DESCRIÇÃO DO CONCEITO DE FIO DENTÁRIO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
É Para Tirar os Dentes	2	4,8	2	4,8
É Para Lavar os Dentes	4	9,5	-	-
É Para Tirar Restos de Comida	8	19,0	24	57,1
É Para Os Dentes Não Doerem	1	2,4	-	-
É Para Pôr Nos Dentes	-	-	5	11,9
É Para Tirar As Cáries	-	-	1	2,4
Sem Resposta	27	64,3	10	23,8
TOTAL	42	100	42	100

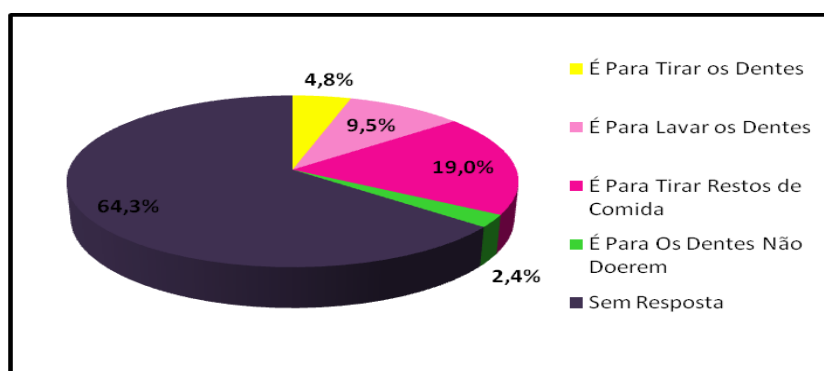


Figura – Descrição do Conceito de Fio Dentário – Pré-Teste

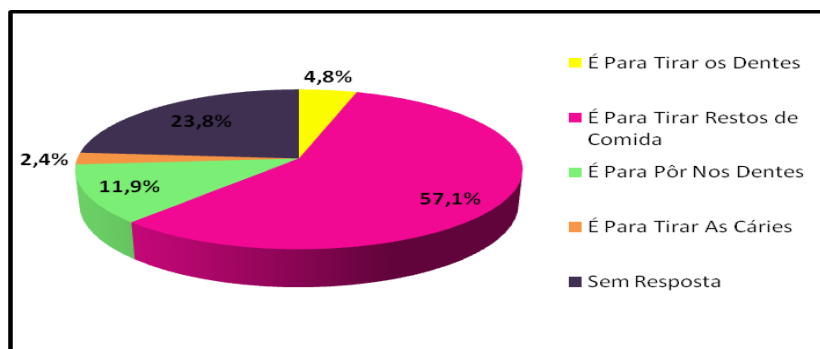


Figura – Descrição do Conceito de Fio Dentário – Pós-Teste

Teste T: $p=0,070$ $gl=14$; $t=-1,964$

Questão: “Costumas usar o fio dentário?”

Tabela – Comportamento Uso de Fio Dentário – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO USO DE FIO DENTÁRIO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	8	19,0	11	26,2
Não	7	16,7	24	57,1
Sem Resposta	27	64,3	7	16,7
TOTAL	42	100	42	100

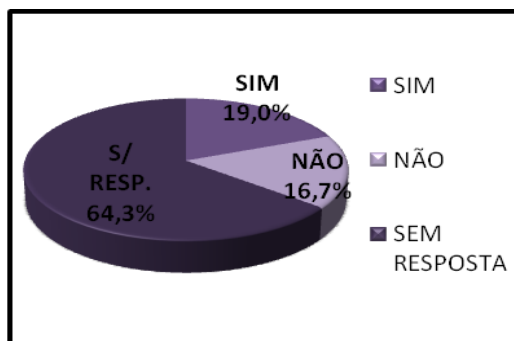


Figura – Comportamento Uso de Fio Dentário – Pré-Teste

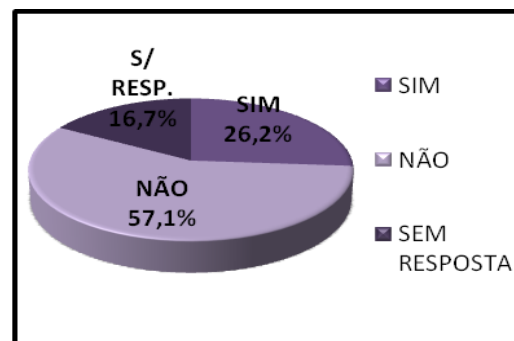


Figura – Comportamento Uso de Fio Dentário – Pós-Teste

Teste T: $p=0,670$; $gl=14$; $t=-0,435$

Questão: “Já bochechaste a boca com algum líquido?”

Tabela – Experiência Elixir – Pré e Pós-Teste

EXPERIÊNCIA ELIXIR	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	15	35,7	18	42,9
Não	27	64,3	24	57,1
TOTAL	42	100	42	100

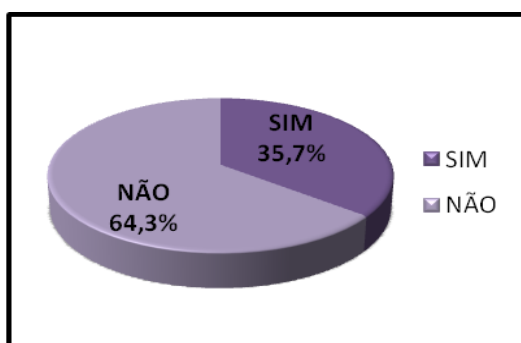


Figura – Experiência Elixir – Pré-Teste

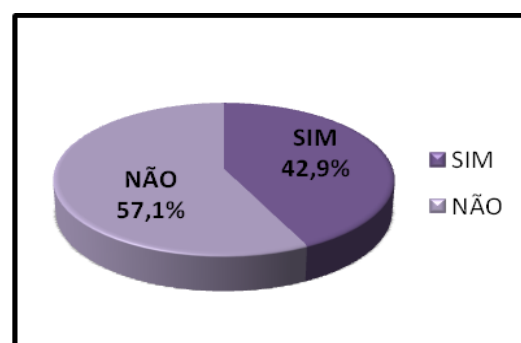


Figura – Experiência Elixir – Pós-Teste

Teste T: $p=0,445$; $gl=41$; $t=0,771$

Questão: *Já foste ao dentista?"*

Tabela – Ida ao Dentista – Pré e Pós-Teste

IDA AO DENTISTA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	22	52,4	41	97,6
Não	20	47,6	0	0,0
Sem Resposta	0	0,0	1	2,4
TOTAL	42	100	42	100

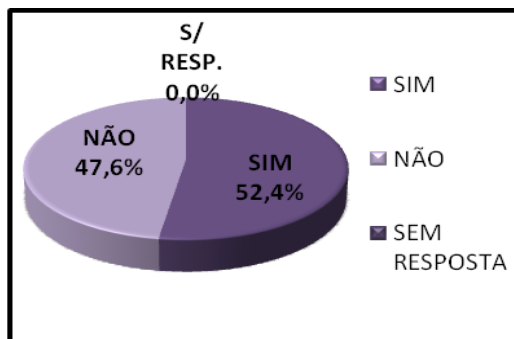


Figura – Ida ao Dentista – Pré-Teste

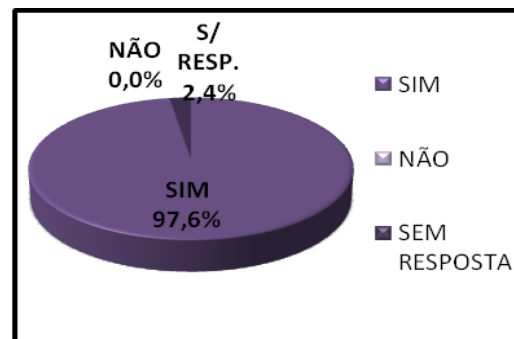


Figura – Ida ao Dentista – Pós-Teste

Teste T: $p<0,0001$; $gl=40$; $t=5,878$

Questão: *Se já foste ao dentista, gostaste?"*

Tabela – Atitude perante a Ida ao Dentista – Pré e Pós-Teste

ATITUDE PERANTE A IDA AO DENTISTA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Positiva	23	54,8	41	97,6
Negativa	0	0,0	1	2,4
Sem Resposta	19	45,2	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

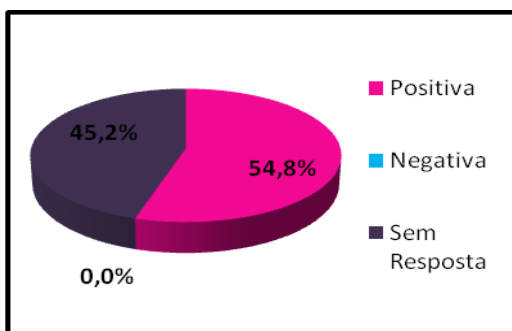


Figura – Atitude perante a Ida ao Dentista – Pré-Teste

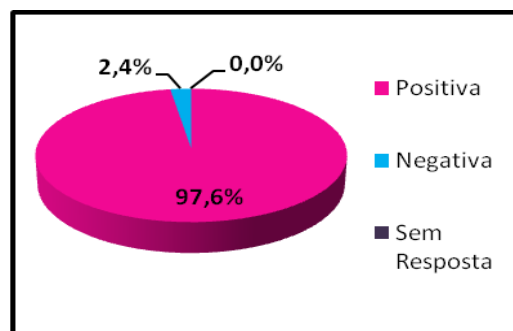


Figura – Atitude perante a Ida ao Dentista – Pós-Teste

Teste T: ---

Questão: “É importante ir ao dentista?”

Tabela – Importância de Ir ao Dentista – Pré e Pós-Teste

IMPORTÂNCIA DE IR AO DENTISTA	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	38	90,5	41	97,6
Não	3	7,1	1	2,4
Não Sei	1	2,4	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

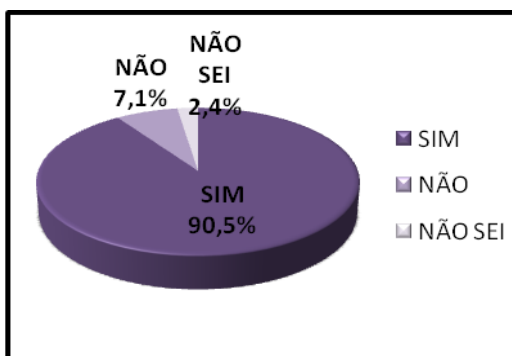


Figura – Importância de Ir ao Dentista – Pré-Teste

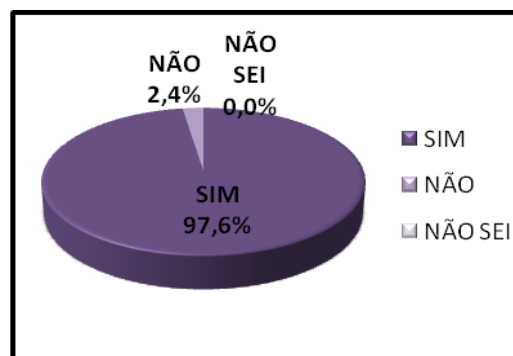


Figura – Importância de Ir ao Dentista – Pós-Teste

Teste T: $p=0,044$; $gl=41$; $t=2,077$

Questão: “Já tiveste dores de dentes?”

Tabela – Presença de Dores de Dentes – Pré e Pós-Teste

PRESENÇA DE DOR DE DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	18	42,9	14	33,3
Não	24	57,1	28	66,7
TOTAL	42	100	42	100

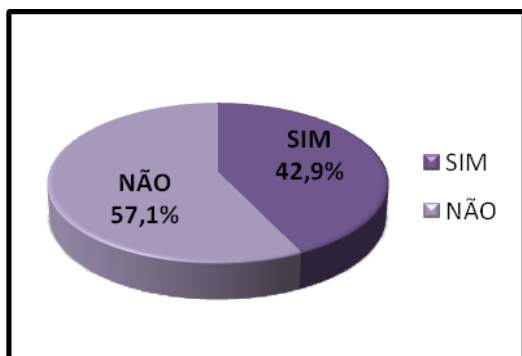


Figura – Presença de Dores de Dentes – Pré-Teste

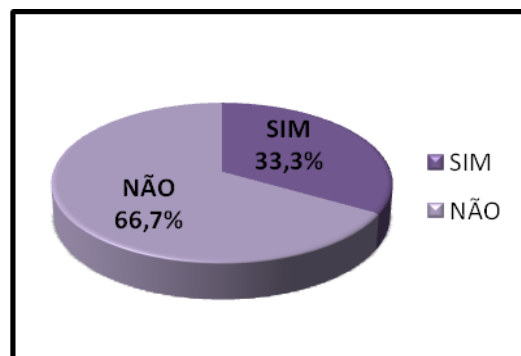


Figura – Presença de Dores de Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,323$; $gl=41$; $t=-1,000$

Questão: “Sabes o que é uma cárie no dente?”

Tabela – Conceito de Cárie – Pré e Pós-Teste

CONCEITO DE CÁRIE	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	8	19,0	28	66,7
Não	34	81,0	14	33,3
TOTAL	42	100	42	100

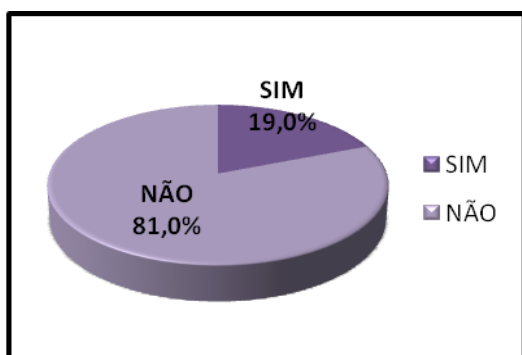


Figura – Conceito de Cárie – Pré-Teste

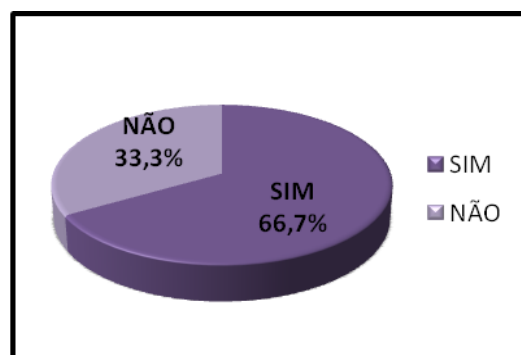


Figura – Conceito de Cárie – Pós-Teste

Teste T: $p<0,0001$; $gl=41$; $t=6,105$

Questão: “Se sabes o que é uma cárie no dente, o que é?”

Tabela – Descrição do Conceito de Cárie – Pré e Pós-Teste

DESCRIÇÃO DO CONCEITO DE CÁRIE	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
São “bichos”	2	4,8	-	-
É Quando O Dente Fica Preto	1	2,4	2	4,8

São Micróbios	1	2,4	4	9,5
É Uma Coisa Que Nasce No Dente	3	7,1	-	-
É Lixo	1	2,4	1	2,4
São Micróbios Que Estragam os Dentes	-	-	5	11,9
São Buracos Nos Dentes	-	-	10	23,8
São Buracos Feitos Pelos Micróbios	-	-	6	14,3
Sem Resposta	34	81,0	14	33,3
TOTAL	42	100	42	100

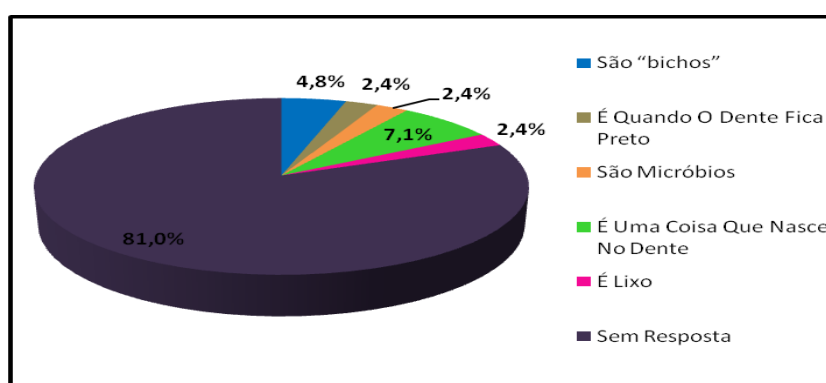


Figura – Descrição do Conceito de Cárie – Pré-Teste

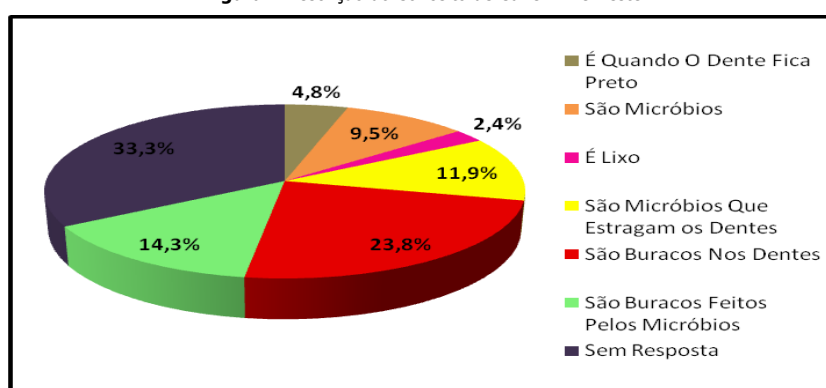


Figura – Descrição do Conceito de Cárie – Pós-Teste

Teste T: $p=0,028$; $gI=7$; $t=-2,762$

Questão: “Costumas comer doces?”

Tabela – Comportamento Comer Doces – Pré e Pós-Teste

COMPORTAMENTO COMER DOCES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	6	14,3	0	0,0
Às Vezes	23	54,8	35	83,3
Não	13	31,0	7	16,7
TOTAL	42	100	42	100

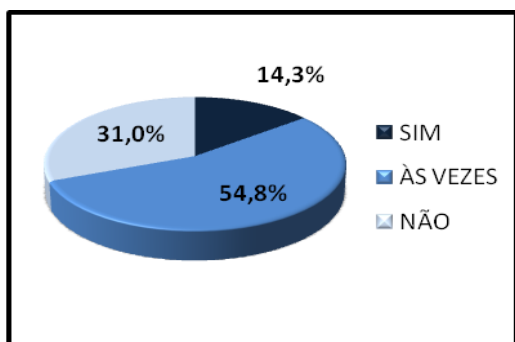


Figura – Comportamento Comer Doces – Pré-Teste

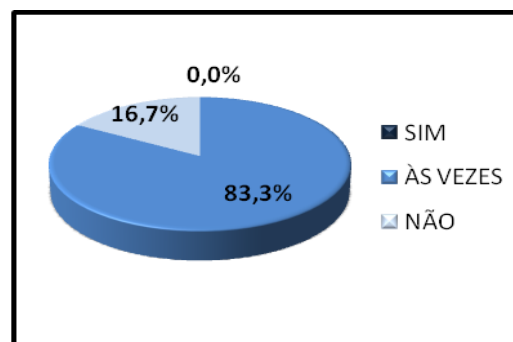


Figura – Comportamento Comer Doces – Pós-Teste

Teste T: $p=1,000$; $gl=41$; $t=0,000$

Questão: “Os doces são perigosos para os dentes, fazem-lhes mal?”

Tabela – Perigo dos Doces Para os Dentes – Pré e Pós-Teste

PERIGO DOS DOCES PARA OS DENTES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Sim	32	76,2	42	100,0
Não	10	23,8	0	0,0
TOTAL	42	100	42	100

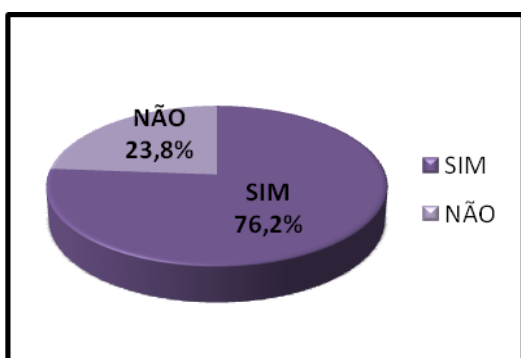


Figura – Perigo dos Doces Para os Dentes – Pré-Teste

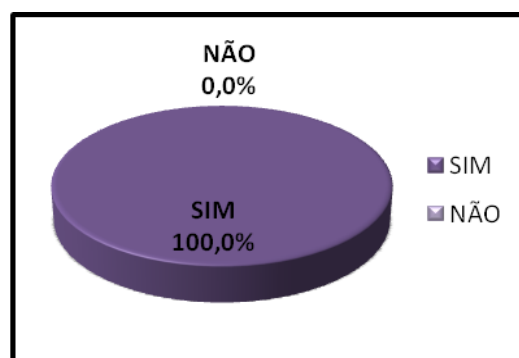


Figura – Perigo dos Doces Para os Dentes – Pós-Teste

Teste T: $p=0,001$; $gl=41$; $t=3,579$

ANEXO VII

ENTREVISTAS

Transcrição da Entrevista à Educadora Jardim de Infância n.º 1

Investigadora – Encontra-se a exercer funções de Educadora de Infância no jardim-de-infância n.º 1 de Carapeços trabalhando diariamente com um grupo de crianças. De uma forma geral, como descreve o grupo?

Educadora – Pronto, o grupo é heterogéneo, tem três, quatro e cinco anos, são vinte e cinco crianças, quinze delas estão a frequentar pela primeira vez o jardim-de-infância e hoje, presentemente, já se adaptaram bem, já incutiram as regras da sala e tudo, por isso nesse aspecto, pronto. Temos treze meninas, doze rapazes e são, mais ou menos, divididos, nove crianças dos três, nove de cinco e os restantes de quatro.

Investigadora – No contexto de jardim-de-infância é frequente a existência de rotinas que estruturam o dia-a-dia das crianças em diversos tempos, proporcionando-lhes apoio enquanto estas se envolvem em diferentes actividades exploratórias de acordo de necessidades e interesses. No dia-a-dia deste grupo de crianças também se aplicam as rotinas?

Educadora – Sim, há sempre, tem que haver sempre rotinas. De manhã chegamos, temos as conversas na manta, as planificações dos trabalhos, o que se vai realizar a seguir. Depois fazem um intervalo, lancham, fazem o intervalo e depois a seguir ao intervalo, são as actividades planeadas, orientadas e da parte da tarde continuam-se a fazer os trabalhos e depois dividem-se pelas áreas e brincam, depois lancham e depois vão embora na carrinha para o A.T.L.

Investigadora – E com esses momentos de actividades intercalam-se também momentos de higiene?

Educadora – Claro, sempre que vão lanchar, têm de lavar as mãos, ir à casa de banho e almoçar, ir à casa de banho lavar as mãos. Nisso eles são autónomos todos, fazem sozinhos.

Investigadora – Parece-lhe pertinente abordar a temática da saúde e higiene oral com as crianças no contexto da educação pré-escolar?

Educadora – Sim.

Investigadora – Porquê?

Educadora – Sim, porque cada vez mais se está a dar importância à higiene porque os dentes, a gente, às vezes, desleixa-se. Antigamente as pessoas não ligavam, aí os dentes, quer dizer, desde que não doam está tudo bem e agora já se liga mais porque também tem a ver com saúde. As pessoas dizem, o dente é uma coisa à parte, o dentista não é médico, era assim uma coisa à parte. Hoje em dia, já as coisas são e acho importante, porque eu presentemente na minha sala tenho uma criança, pelo menos

uma, com dentes estragados à frente e isto com cinco anos acho que é muito grave, ou é das guloseimas ou então é mesmo falta de higiene, não sei.

Investigadora – E em relação à prática da escovagem dos dentes encara como sendo uma mais-valia no jardim-de-infância, sendo benéfica ou, pelo contrário, será um risco adoptá-la no jardim-de-infância?

Educadora – Eu, é assim, a experiência já me trouxe que não é viável fazer e houve uma altura, não sei se ainda está em vigor, o ministério até retirou por causa da hepatite B. Agora eu acho que não é viável, porque é assim, para a pessoa, para se poderem lavar os dentes tem que estar uma pessoa em cima deles, porque eles são pequenos, trocam escovas, metem escovas na boca uns dos outros e então ainda está pior a emenda do que o soneto e então ou há condições ou então mais vale... e mesmo já há esses dentistas que disseram que mais vale só de manhã e à noite do que... e deixar... a gente também, no fundo, eu estou aqui, almoço e também não lavo os dentes depois de almoço, não tenho esse cuidado de trazer escova.

Investigadora – E as crianças costumam expressar curiosidade e questionar espontaneamente acerca desta temática da saúde e higiene oral?

Educadora – Da higiene oral não, também não. Nós temos um projecto no âmbito da saúde, mas eu também não estou muito bem dentro, nem sei se fala da higiene oral, mas deve falar, fala da alimentação por isso consequentemente fala sempre da higiene. As crianças ouvem, percebem que não devem comer guloseimas, que estragam os dentes e “não sei quê”, isso sabem, mas não têm assim uma curiosidade por aí, quando se fala no tema, elas perguntam certas coisas, mas todos já sabem “*vais ficar com os dentes estragados, comes muitos doces*”, isso já é uma coisa que está muito incutida neles, não acho que seja muito, que eles não saibam esses, não quer dizer que, na prática, façam, mas sabem que comer guloseimas pode estragar os dentes.

Investigadora – E com este grupo exactamente, aborda ou pretende abordar esta temática?

Educadora – Eu penso que se está no plano, no projecto da saúde que a gente tem da Câmara vamos abordar e, no fundo, fomos um bocadinho à conta da Isabel, fomos um bocadinho encaminhados a abordar o assunto.

Investigadora – Então aqui praticam a escovagem dos dentes?

Educadora – Não.

Investigadora – Não. O comportamento das crianças no dia-a-dia reflecte certamente os saberes que têm nesta mesma área. Qual é a percepção sobre os conhecimentos, valores e atitudes deles sobre a temática?

Educadora – É mais: *“os doces que fazem estragar os dentes”* e muitos sabem que têm que lavar os dentes, mas do saber até à prática vai uma grande distância.

Investigadora – E esses mesmos conhecimentos, valores e atitudes que eles têm estarão relacionados com as próprias famílias?

Educadora – Claro, já se sabe que é um papel muito importante, mesmo que aqui a gente aqui no Jardim incutisse que eles tinham que lavar os dentes na escola podiam chegar a casa e não lavar nada, por isso também é um trabalho que ficava a meio.

Investigadora – Então qual, especificamente, qual acha que deve ser o papel dos pais e encarregados de educação ou até outros familiares na promoção da higiene oral?

Educadora – Criar o hábito de lavar os dentes, pelo menos de manhã e à noite e incutir isso às crianças.

Investigadora – E o papel...

Educadora - E, ao fim de semana, mesmo depois das refeições, já que estão em casa.

Investigadora – E o papel do jardim-de-infância?

Educadora – O papel no jardim-de-infância acaba por ser importante, temos que alertar isso tudo, mas depois o que tem de ser feito não fica muito do nosso lado, podemos alertar e até fazer, agora o papel dos pais acho que é prioritário, se a gente aqui não lava os dentes, não pode dizer “vai lavar os dentes p’ra casa”, eles até podem dizer que sim um dia ou dois, mas se os pais não obrigarem mais, acabou.

Investigadora – A nível de protocolos, existe algum protocolo deste jardim com alguma instituição educativa ou médica para trabalhar a temática?

Educadora – Acho que não.

Transcrição da Entrevista à Educadora Jardim de Infância n.º 2

Investigadora – Posso começar?

Educadora – Hum hum (*acenando que sim com a cabeça*)

Investigadora – Encontra-se a exercer funções de Educadora de Infância no Jardim-de-Infância n.º 1 de Carapeços trabalhando diariamente

Educadora (*indicando com os dedos, n.º 2*)

Investigadora – n.º 2, diariamente com um grupo de crianças. De uma forma geral como é que descreve o grupo?

Educadora – O grupo, a constituição ou ...

Investigadora – Sim, sim.

Educadora – Ora, o grupo é composto por vinte crianças, são doze meninas e oito meninos, são nove de cinco anos, seis de quatro anos e cinco de três anos. Entre os de quatro anos, há uma criança autista, que não tem mesmo linguagem nenhuma, é dependente de todo o adulto, a todo o tempo.

Investigadora – Muito bem.

Investigadora – No contexto do jardim-de-infância, é frequente a existência de rotinas que estruturam o dia-a-dia das crianças em diversos tempos, proporcionando-lhes apoio quando elas se envolvem em diferentes actividades exploratórias de acordo com necessidades e interesses. E no dia-a-dia deste grupo de crianças também se aplica a rotina?

Educadora – Sim, sim.

Investigadora – Qual?

Educadora – E mais por causa da criança autista, que mais que as outras crianças precisa.

Investigadora – Precisa mais.

Educadora – Muito de uma rotina muito sistemática, tanto às nove horas há o acolhimento, onde as crianças fazem, sentam-se em grande grupo, canta-se a canção dos bons dias, depois conversa-se sobre alguma coisa importante. Contam-se histórias, trabalha-se nesta hora muito a linguagem, porque é uma das maiores dificuldades do grupo, tanto desde lengalengas, rimas, tudo o que seja linguagem aproveita-se para explorar ao máximo. Depois de um grande espaço, de um grande tempo de diálogo, passam a colocar, há uma criança que é o chefe todos os dias, que faz a chamada, faz a chamada e é, a criança vai colocar a presença e depois passa para o mapa de áreas onde vai escolher qual é a área que

vai querer estar, ou a trabalhar ou a brincar. Depois destas actividades vão fazer chichi, lavar as mãos para lanchar, pronto. Porque entretanto já são dez e um quarto, dez e meia e tudo depende de como decorreu o diálogo e as planificações das actividades. Vão lanchar, lancham, como temos crianças pequeninas demoram muito tempo e, por volta das onze menos um quarto, é que provavelmente vão todos para o recreio. Pronto, vão para o recreio, brincam um bocadinho com toda a comunidade escolar, que é a EB 1 e a outra sala de jardim-de-infância. Depois voltam para a sala, também voltamos a ir para a casa de banho, fazerem chichi e lavarem as mãos e voltamos para a sala. Aí sim, aí vão trabalhar em actividades, quer livres quer orientadas ou acabar trabalhos iniciados ou aquilo que foi discutido na manhã às nove horas. Portanto, isto o período da manhã, depois por volta do meio-dia menos um quarto, começam a arrumar, voltam à casa de banho, fazer chichi e lavar as mãos para se deslocarem para a cantina. O almoço é servido meio-dia, meio-dia e, à hora que lá chegam, não é? O almoço, portanto, aí pronto estão na cantina e no recreio até à uma e meia. À uma e meia voltam para a sala, fazemos novamente acolhimento, voltamos a estar em roda, novamente cantamos as canções normais, da época, os boas tardes novamente, o chefe conta uma história e fala-se de alguma coisa que tenha surgido e explora-se a história e no fim deste diálogo e da história, voltam para as actividades porque entretanto também se falou o que se vai fazer, se já acabaram o que iniciaram de manhã, tanto voltam para as actividades. À medida que vão concluindo as actividades orientadas vão brincar. Entretanto já não fica muito espaço, vem a hora de arrumar a sala, arrumam a sala, vão novamente à casa de banho, fazer chichi e lavar as mãos, para lancharem o lanche da tarde, porque o lanche é servido aqui no jardim, uma vez que, no prolongamento de horário, não há condições, e então a gente aceitou que poderiam lanchar cá, também é distribuído o leite escolar e findo isto, acaba o dia. E normalmente é assim a rotina diária destas crianças.

Investigadora – E em relação à temática da saúde e higiene oral neste contexto do pré-escolar, parece pertinente abordar?

Educadora – É pertinente, muito, mais do que nunca, porque há muitos problemas de dentição que a gente nota a toda a hora, só que eu lamento, realmente na sala que estou não tenho o mínimo de condições, só tenho um lavatório, minúsculo e são vinte, costumam ser vinte e cinco crianças, mas são vinte. Não tenho espaços onde colocar nada, não tenho, porque isto é improvisado, umas instalações improvisadas, que já vai há doze anos que andámos nisto.

Investigadora – Já referiu, em relação à prática da escovagem dos dentes, encara como uma mais-valia, vendo-a como benéfica ou também acha que traz riscos adoptá-la?

Educadora – Acho que não, a única coisa em que lamento é não ter condições, mas a par disso estou sempre a incentivar as crianças para que em casa não se esqueçam que a escovagem é muito importante, quer de manhã quer à noite, uma vez que eles almoçam cá e não podem ao meio-dia.

Investigadora – E as crianças costumam expressar alguma curiosidade ou perguntar espontaneamente sobre a temática da saúde e higiene oral?

Educadora – É assim, não costumam fazer grandes questões em relação a isso. Os anos anteriores, nós temos tido sorte, que temos tido todos os anos aqui uma palestra sobre higiene oral fornecida aqui pelo centro de saúde. O ano passado foi em diálogo e há dois anos foi um teatro até, que foi muito importante, mas à parte, este ano ainda não houve nada, mas estou em crer que é provável que também tenhamos essa sorte, que venham cá fazer algum esclarecimento.

Investigadora – E a nível de trabalho, do seu trabalho pedagógico? Aborda ou tenta abordar?

Educadora – Abordo oralmente só, pronto como não tenho condições, resume-se a isso, a incentivar para que não se esqueçam que é muito importante em casa e lembrar cada vez que tenham problemas de dentes devem ir ao dentista. É à base disso que eu me preocupo.

Investigadora – E quando isso acontece, quais são as reacções que as crianças têm?

Educadora – Elas aceitam bem, embora um ou outro saiba depois que chegam ao dentista e não abrem a boca, mas com respeito à lavagem, gostam, pelo menos, a forma como eles nos comunicam que “*eu lavei os dentes*”, o entusiasmo que colocam na resposta é porque gostam mesmo daquela actividade.

Investigadora – Então aqui não praticam a escovagem?

Educadora – Pois não, lamentavelmente.

Investigadora – O comportamento das crianças no dia-a-dia reflecte de certeza os saberes que eles têm sobre esta mesma área. A percepção que tem sobre os conhecimentos, valores e atitudes do grupo?

Educadora – É assim, o grupo tem de tudo, tem os que realmente estão dentro do assunto muito bem e há aqueles que também ficam assim muito admirados e nem dizem nada e eu estou em crer que nem percebem o que a gente fala muitas vezes, mas de uma maneira geral, eles estão muito atentos à situação porque sabem que convém cuidar bem dos dentinhos.

Investigadora – E esses conhecimentos, valores e atitudes estarão relacionados com as próprias famílias de cada um?

Educadora – Com as famílias e com os conhecimentos que levam também do jardim-de-infância.

Investigadora – E respeitando agora aos pais, qual é que acha que seja o papel dos pais e encarregados de educação ou até outros membros da família na promoção da saúde e higiene oral?

Educadora – Eu acho que mais do que nunca, os pais actualmente estão preocupados e cada vez que surge uma situação de algum dente cariado levam realmente as crianças ou que levem voluntariamente ou sugeridos por mim, não é, normalmente digo *“olhe a criança queixou-se do dentinho, é melhor ver se realmente se passa alguma coisa”* e eles aceitam bem a situação.

Investigadora – E a nível do papel de jardim-de-infância, na abordagem desta temática?

Educadora – Eu acho que, o que está nas minhas mãos, faço tudo o que posso, eu...

Investigadora – Mas no geral?

Educadora – No geral, eu pelo conhecimento que tenho, acho que uma boa percentagem faz a escovagem. Eu não tenho assim, digamos, dados reais, mas estou em crer que poucos são os jardins como este, que não têm as condições que possam fazer escovagem, porque é assim, as crianças agora, de uma maneira geral, todas almoçam nas cantinas escolares, portanto não vão a casa e é muito importante que se faça essa actividade na escolinha, só que não há condições.

Investigadora – Já me falou de uma espécie de cooperação com o centro de saúde, no que respeita esta área existe algum protocolo com outra instituição ou médica ou educativa?

Educadora – É só mesmo o projecto de saúde onde está incluída a higiene oral, não é? Só nessa base, tirando isso, não, não temos nada.

Transcrição da Entrevista a um Encarregado de Educação (criança 3 anos)

Investigadora – Enquanto Encarregada de Educação, qual é a relação de parentesco que tem com o seu educando?

Enc. Educação – Eu tenho duas filhas, tenho uma de oito, vai fazer oito anos, e tenho uma de três.

Investigadora – Que idade tem a que anda aqui? Tem três? E a outra que anda ali na escola?

Enc. Educação – Tem três e a outra anda na segunda classe tem sete.

Investigadora – A sua educanda, a mais novinha, expressa curiosidade e questiona-a sobre a saúde oral?

Enc. Educação – Sim, porque prontos, ela tem o hábito de lavar os dentinhos e a mais velha usa assim ao fim da escovagem, usa o elixir e ela como é muito pequena, eu não deixo porque senão ela engole aquilo. E agora, prontos, aos bocadinhos, ela já vai fazendo, mas prontos ela acha piada e também quer fazer.

Investigadora – E há assim alguma questão que ela tenha perguntado?

Enc. Educação – Já, porque tem algumas crianças que tem assim aqueles dentes um bocado pretos, pronto, chamam não sei se é pedra ou o que é, e ela veio perguntar se era porque não lavavam os dentes e ficou assim. É aquela curiosidade também de ver que é esquisito.

Investigadora – E pratica a escovagem dos dentes em casa? Quantas vezes ao dia?

Enc. Educação – Duas, de manhã e à noite.

Investigadora – E usa então a pasta, a escova, o copo dos dentes e disse-me também o elixir.

Enc. Educação – É, uso aquele elixir.

Investigadora – Costuma ajudar a escovar os dentes?

Enc. Educação – Da pequena, sim, da de três anos, sim.

Investigadora – Acha importante vigiar e verificar ou acha que eles sozinhos conseguem ir aprendendo?

Enc. Educação – A de três, pelo menos, não, porque ela não lava muito bem.

Investigadora – Pensa então ser importante ajudar diariamente?

Enc. Educação – Pelo menos uma vezinha das duas que se consegue lavar, pelo menos uma, acho que tem que ser a gente a lavar, senão ...

Investigadora – E em relação a levá-la ao dentista?

Enc. Educação – A pequena já tive que levá-la porque ela tem uma dentição um bocado esquisita, os dentes dela, os inferiores, em vez de nascerem assim separados, ela tem quatro dentes juntos, dois e dois. Formam tipo um coração, eu não sei como é que ficou assim, não lembro bem o nome do que é, mas diz que é comum acontecer isso. Fiquei preocupada.

Investigadora – E então costuma agora, ir com regularidade com ela ao dentista?

Enc. Educação – Fui nessa altura, prontos, já foi nesse ano que foi, entretanto ela não tinha nada, cáries nem nada.

Investigadora – E a reacção que ela teve lá?

Enc. Educação – Eu acho que ela teve um bocadinho de medo, aquelas luzes, aquelas aparelhagens todas, ficou assim um bocado, mas não chorou.

Investigadora – E depois em casa?

Enc. Educação – Em casa, ela só comentou para que eram aquelas coisas, pronto ela é muito curiosa, queria saber para que era que servia, se era para lavar os dentes, se era para levar injeções, ...

Investigadora – Enquanto mãe, qual é que acha que deverá ser o seu papel em relação a esta temática?

Enc. Educação – É pelo menos passar para ela, qual a importância de lavar os dentes, não só pela boa aparência, mas também pela saúde.

Investigadora – O comportamento que ela tem reflecte o que ela vai sabendo em relação à higiene oral. O que é que acha que ela sabe ou não sabe sobre esta temática?

Enc. Educação – Sabe que se comer muitos rebuçados, chicletes e essas coisas, bem eles são muito gulosos por isso e então a gente começa a dizer um bocadinho q isso faz mal aos dentes, e ela vai tendo aquela noção que muitas guloseimas faz mal aos dentes. Pronto, ao fim de comer muitas guloseimas diz que tem que lavar os dentes, que é para não ter “bichos”.

Investigadora – E então acha que ela já começa a compreender e lava os dentes porque o tem que fazer devido a essas razões e não só porque a mandam?

Enc. Educação – Pois, acho que sim, a própria professora também já tem dito também já tem dito o que são micróbios e tudo, e ela fica dizendo que micróbios são os “bichinhos”, eu acho que ela já tem assim um bocadinho de noção.

Investigadora – E então acha também que esses conhecimentos, como estava a falar da professora, esses conhecimentos e atitudes que ela tem, já também provém daqui dos conhecimentos que ela leva aqui do jardim?

Enc. Educação – Já, já, porque ela teve sempre em creche, ela foi para a creche desde bebezinha e pronto aqui ela já saiu da creche e já foi mais uma etapa com que ela veio para o jardim-de-infância, então eu acho que já está mais naquele ritmozinho, acho que tem importância também.

Investigadora – E acha importante abordar esta temática aqui no jardim?

Enc. Educação – Sim, porque prontos, há muitas crianças que a gente vê que não têm assim muito hábito e eu acho que já é de casa também.

Investigadora – E em relação à prática da escovagem? Acha que se deve realizar na escola, acha que é benéfico ou acha que, por outro lado, será um risco?

Enc. Educação – Não, acho que bem feito o trabalho, acho que era uma boa ideia, até para aqueles que não têm muito hábito de fazer isso, ao menos uma vez no dia, podiam começar a ter o hábito.

Investigadora – E não pensa que isso pode trazer algum risco, devido à partilha de escovas, ou ...?

Enc. Educação – Acho que não, pelo menos quando ela andava na creche e tudo, cada um tinha o seu copo, era tudo identificado, nunca vi assim que havia partilha entre copos.

Investigadora – E então o papel do jardim-de-infância, na abordagem desta temática concretamente, qual acha que seria?

Enc. Educação – Talvez fosse um bocado complicado ter mais esse cargo para as professoras e ter ali aquela obrigação de lavar os dentes, mas talvez, não digo todos os dias, fosse, sei lá, implementar uma vez na semana, ser uma actividade de lazer até para eles e aos bocadinhos acho que dava para interagir com as actividades que eles têm.

Investigadora – Está tudo, obrigada...

Transcrição da Entrevista a um Encarregado de Educação (criança 4 anos)

Investigadora – Enquanto Encarregada de Educação, qual é a relação de parentesco com o seu educando?

Enc. Educação – Sou mãe.

Investigadora – Que idade tem o educando?

Enc. Educação – Tem quatro, vai fazer cinco anos este ano.

Investigadora – Pertence ao sexo masculino ou feminino?

Enc. Educação – Ao feminino.

Investigadora – Ela costuma expressar curiosidade ou questiona-a sobre a temática da saúde e higiene oral em casa?

Enc. Educação – Não muito, não.

Investigadora – Não há assim algum aspecto ou algum interesse sobre algum...?

Enc. Educação – Não, ela faz a higiene oral todos os dias e pronto, pergunta, às vezes, quando vou ao dentista com o irmão, pergunta o que é que ele foi fazer, pronto, faz essas perguntas, mas se não falar nada, ela não pergunta. E tento-lhe mostrar que ele foi ao dentista, porque comeu os “bons” e fizeram, percebe? Para ver se ela também começa a ter outros hábitos.

Investigadora – Pratica a escovagem de dentes em casa?

Enc. Educação – Sim.

Investigadora – Quantas vezes escova os dentes, a menina?

Enc. Educação – Uma vez, sempre à noite, que é quando está em casa.

Investigadora – E para além da pasta, da escova e do copo dos dentes usa mais algum produto de higiene oral?

Enc. Educação – Uso o líquido para bochechar a boca, que é o (... *marca* ...), e eles gostam de usar e bochechar.

Investigadora – Ajuda a escovar os dentes ou ela já escova sozinha?

Enc. Educação – Ela sabe escovar, mas ela é muito preguiçosa e, às vezes, tenho que dar uma ajudinha, não é?

Investigadora – Então costuma vigiar e verificar a escovagem?

Enc. Educação – Costumo.

Investigadora – Pensa portanto ser importante ajudar a menina na escovagem dos dentes ou acha que deve aprender por ela?

Enc. Educação – Não, eu acho que é importante, porque ela com quatro anos, não sei realmente fica bem, se fica bem escovado.

Investigadora – E levá-la ao dentista?

Enc. Educação – Ainda não a levei, não, mas estava a pensar levá-la, porque ela tem uma coisinha preta, uma pintinha preta num dente, que eu suponho que é uma cariezita, mas pode não ser, não sei.

Investigadora – Enquanto mãe, qual pensa ser o seu papel ou até do pai ou outros elementos da família em relação a este tema da higiene oral em casa?

Enc. Educação – O meu papel?

Investigadora – Sim, com ela...

Enc. Educação – É assim, eu tento fazer com que ela entenda que tem realmente de lavar os dentes. É um bocadinho difícil, não é? Ela é muito pequenina, mas eu, de já há muito tempo, que lhe estou a escovar os dentes e a fazer ver que é preciso, não é? Porque o meu filho teve um problema grave de dentes, teve que tirar alguns muito cedo, mas agora resolveu, está tudo muito bem, pronto. É que era muito difícil lavar-lhe os dentes, ele fazia uma perrice de todo o tamanho e agora nela, pronto, eu fiz-lhe ver “*Olha tens que lavar*”, ...

Investigadora – Aproveitou o exemplo...

Enc. Educação - Aproveitei o exemplo, entende? Porque ela também estava ser um bocadinho difícil, os miúdos têm fases que, às vezes, não é fácil.

Investigadora – O comportamento que ela tem reflecte, nessa área, o que ela sabe sobre a higiene oral. O que é que acha que ela já sabe, o que é que não sabe, se acha que ela sabe que tem, por exemplo, que lavar os dentes, se sabe porquê, se entende porque ou se simplesmente lava porque a mandam lavar, ...

Enc. Educação – Sabe, sabe, porque eu mostrei porquê.

Investigadora – E o que ela sabe, acha que está relacionado com as aprendizagens que ela também tem aqui do jardim? Ou será só de casa?

Enc. Educação – Também daqui alguma coisa, não sei, é assim, eu pronto, eu tento em casa, também nunca reparei muito bem se alguma coisa do que ela faz foi aqui, apesar que aqui também não lavam os dentes. Bem, pelo menos, na prática não faz, não é? Mas também aprendem umas coisitas acerca disso, acho eu, não sei.

Investigadora – E acha importante, abordar esse tema aqui no jardim?

Enc. Educação – Eu acho que sim, é assim, eu por mim, acho que não tinha necessidade, não é? Porque eu tento sempre praticar isso em casa e fazer ver que realmente faz falta e tem que ser, mas eu acho que aqui é muito importante, porque infelizmente há pessoas, ..., há crianças que não têm o exemplo em casa, não é? E isso é importante, e hoje quanto mais vamos, pior é, porque os miúdos agora têm uma alimentação muito fraca e se não lavarem os dentes, não é? Umas gulodices, e assim, pior.

Investigadora – E em relação à prática da escovagem dos dentes no jardim? Acha que é uma mais-valia ou será mais um risco?

Enc. Educação – Tem as duas coisas, pois, não é? Não sei, era bom, mas não sei até que ponto eles conseguiriam fazer isso com higiene, não faço ideia, realmente.

Investigadora – Mas se tivesse que escolher, optaria pela escovagem ou acha que é melhor não lavarem? Se lhe dessem a escolher, enquanto mãe?

Enc. Educação – Eu acho que era melhor não, não sei, mas eles são muito pequeninos e isto ia ser uma barafunda terrível, não sei se iriam conseguir controlar isso.

Investigadora – Então qual é que acha que seria o papel do jardim na abordagem desta temática da higiene oral?

Enc. Educação – Não sei, eu acho que eles, pronto, sei lá, contar umas histórias aos meninos acerca de se não lavarem o que é que acontece, assim um bocadinho, porque as crianças é assim na base do *“olha se não lavares, já viste como é que ficas, olha para os dentes daquele”*, mostrar umas fotografias, *“que horror”* fazer um bocadinho de tipo, ...

Investigadora – Mostrar exemplos?

Enc. Educação – Pois, é isso, pois para eles tomarem noção que realmente têm que lavar, para não ficarem com aquele aspecto e ter que depois ir ao dentista ter que estar ali com aquelas máquinas que eles não gostam e assim com estas idades, pior.

Investigadora – Ainda mais complicado.

Enc. Educação – Muito, muito complicado, eu tenho o exemplo em casa.

Investigadora – E está tudo, muito obrigada.

Transcrição da Entrevista a um Encarregado de Educação (criança 5 anos)

Investigadora – Enquanto Encarregada de Educação, qual é a relação de parentesco com o seu educando?

Enc. Educação – Mãe e filha.

Investigadora – Que idade tem o menino, (corrigindo) menina?

Enc. Educação – 5 anos.

Investigadora – Pertence portanto ao sexo feminino, não é?

Enc. Educação – Feminino.

Investigadora – O seu educando, educanda, expressa curiosidade ou questiona sobre a temática da saúde e da higiene oral?

Enc. Educação – Tem vezes que mostra um pouco de interesse, mas outras vezes não quer saber.

Investigadora – Especificamente sobre algum tema, ou faz alguma questão, fez alguma questão mais pertinente ou quis saber alguma coisa?

Enc. Educação – Gosta de saber se os dentes vão cair, se, como agora diz que tem dois a abanar à frente e ainda para mais um de cima e outro de baixo na mesma direcção. E gosta de saber se deitam muito sangue e assim.

Investigadora – Pratica a escovagem dos dentes em casa?

Enc. Educação – Sim, mas não é sempre certo.

Investigadora – Então quantas vezes escova por dia?

Enc. Educação – Duas vezes, às vezes uma, depende da vontade dela.

Investigadora – Para além da pasta, da escova e do copinho dos dentes, usa mais algum produto de higiene oral?

Enc. Educação – Não, é a pasta e a escova.

Investigadora – Costuma ajudá-la ou ela já escova sozinha?

Enc. Educação – Ao princípio ajudei, agora não, embora às vezes não seja muito bem, bem, mas já ela faz por ela própria.

Investigadora – E pensa ser importante ajudar a sua educanda na prática da escovagem dos dentes ou acha que ela já sozinha já consegue?

Enc. Educação – Ela já consegue, embora às vezes não fique muito, muito bem lavado, umas vezes melhor, umas vezes “mais mal”.

Investigadora – E tem por hábito levá-la ao dentista?

Enc. Educação – Não, até hoje ainda não fui.

Investigadora – E enquanto mãe, ou mesmo o pai ou outros elementos da família que estejam mais próximos dela, qual acha ser o seu/vosso papel perante este tema da higiene oral?

Enc. Educação – Ora bem como hei-de responder, isso é uma pergunta... Pode repetir, outra vez?

Investigadora – Repito. O que acha que deve fazer, enquanto mãe, sobre a higiene oral dela?

Enc. Educação – Ora bem, aconselhá-la sempre, ter sempre atenção aos dentes, caso, às vezes, faça falta ir ao dentista ou comecem a ficar estragados ou assim.

Investigadora – O comportamento que ela tem, e o que ela sabe e não sabe, reflecte os saberes dela também em relação à higiene oral. O que é que acha que a sua filha já sabe sobre a higiene oral, o que é que ela entende ou não, se sabe, por exemplo, se é preciso lavar os dentes e lava porque sabe que tem que lavar e porquê ou se lava simplesmente porque lhe diz que ela tem que lavar?

Enc. Educação – Isso, isso, lava porque eu mando e, às vezes, mando e não quer ir.

Investigadora – E o que ela já vai sabendo, acha que isso está relacionado também com a aprendizagem aqui do jardim-de-infância?

Enc. Educação – Talvez, também.

Investigadora – Porquê?

Enc. Educação – Não sei, não sei o que é que ela tem aprendido aqui, não sei se têm falado muito sobre esse tema ou não, não sei, mas ao menos em casa, a gente tenta, prontos, explicar-lhe como são as coisas.

Investigadora – E acha importante que trabalhem aqui no jardim-de-infância a higiene oral ou acha que...

Enc. Educação – Não sei, isso não sei dizer, porque não sei o que é que fazem.

Investigadora – E a prática da escovagem dos dentes no jardim-de-infância?

Enc. Educação – Acho bem.

Investigadora – Acha que se deve fazer?

Enc. Educação – Acho.

Investigadora – Não acha que, por exemplo

Enc. Educação – No momento desde que não misturem

Investigadora – Exactamente, era isso que eu ia dizer, se não achava que era um risco por causa da partilha de escovas, ...

Enc. Educação – Ora bem, se juntarem, usarem as escovas uns dos outros acho um risco, não é? Mas embora se for só mesmo deles, acho bem.

Investigadora – E então o papel do jardim-de-infância na abordagem desta temática, qual acha que deve ser? Concorda com a escovagem...

Enc. Educação – Concordo.

Investigadora – Acho que é tudo, ... Obrigada.

Transcrição da Entrevista a uma Médica Dentista

Investigadora – Enquanto médica dentista, qual o seu parecer sobre a evolução da medicina dentária em Portugal?

Médica Dentista – Cada vez evolui mais, não é? Decisivamente, no sentido positivo.

Investigadora – E a opinião sobre os conhecimentos, valores e atitudes da população portuguesa sobre a temática da saúde e higiene oral na actualidade? Pensa que se têm vindo a alterar com o tempo?

Médica Dentista – Os hábitos? Alguns, alguns, agora os pais preocupam-se muito mais com os filhos, não é? Em ir ao dentista e trazê-los e com a escovagem. No entanto, ainda aparece muita gente que nem sequer escova os dentes, nem sequer, não é? Principalmente alguns adolescentes que acham que não têm tempo para escovar.

Investigadora – Mas mesmo assim denota que há uma crescente importância perante esta área da saúde?

Médica Dentista – Há, há, as pessoas estão cada vez mais, pronto preocupam-se mais com a boca e com a higiene oral e ...

Investigadora – E acha que isso se deve a quê?

Médica Dentista – Mais informação, mais possibilidades económicas, não é? Mais, cada vez mais faz-se, motiva-se as pessoas para, pronto mesmo agora com os cheques dentistas, não é? Motivam as pessoas a irem, têm as consultas gratuitas ao dentista, não é? Naquelas idades em que são mais problemáticas, incentivam e os pais, pronto, têm cuidado mais de fazer, de ir às consultas e de tratarem dos miúdos e isso e também há muita publicidade, não é? Muito marketing de volta das coisas da saúde oral, não é? ...

Investigadora – Exacto.

Médica Dentista – Antigamente não havia nada, não é?

Investigadora – E em relação, mais especificamente às políticas de saúde oral em Portugal, a nível até do programa nacional de saúde oral...

Médica Dentista – Aí é assim, isso está a melhorar, não é? Isso está a melhorar, no entanto ainda, a gente não pode avaliar assim muito bem porque é assim, se virmos que há dez anos atrás, não havia nada, não é? Começou-se pronto a fazer-se saúde escolar e os enfermeiros, o problema é que não são mesmo dentistas que vão. Quem vai às escolas não são dentistas, são ou médicos ou enfermeiros,

muitas vezes também não conseguem distinguir muito bem o que é uma cárie do que é uma pigmentação, não é? E isso, às vezes, é um bocado deficit, mas já se evoluiu bastante porque até agora ninguém tinha acesso à dentária gratuita, agora já se tem, é claro que agora se formos falar a nível político e a nível de pagamentos é muito mau, não é? Porque já esteve melhor, dantes quando funcionava mesmo, porque dantes havia o programa de saúde escolar em que os miúdos eram atribuídos para irem a um dentista específico, agora funciona com cheques dentista, o miúdo pode escolher o dentista. Quando era a saúde escolar, nós tratávamos mais directamente com o centro de saúde, ou seja, tínhamos uma relação mais próxima, havia menos burocracia e os pagamentos eram efectuados directamente, agora não. Agora o que é que acontece, agora há muita burocracia, não é? Porque é: impressos cheques dentistas, depois tem que se introduzir no computador, depois é não sei quê, depois segundo cheque e isso, há muitas burocracias e os pagamentos são quase com um ano de atraso, não é? Mas pronto isso é, politicamente falando é mesmo político, isso é típico, não é?

Investigadora – Não está fácil. Cada vez mais é frequente falar-se da importância de uma boa e eficaz higiene oral, de uma forma geral, quais pensa que devem ser os cuidados essenciais para alcançar uma higiene oral correcta?

Médica Dentista – Tem que se ter um bom método de escovagem, não é? A técnica e escovar pelo menos, pelo menos, duas vezes ao dia. O fundamental são três mas é assim se escovar duas vezes já é muito bom, não é, desde que a escovagem seja feita o tempo suficiente e adequado, não é? E correcto.

Investigadora – E a nível da alimentação ou ...

Médica Dentista – Aí é assim, o problema na alimentação é que cada vez a alimentação é mais rica em açucarados, não é? E por isso também há a tendência, às vezes as pessoas dizem assim “*Como é que é possível uma criança com três anos aparecer com cáries?*” Porque antigamente com três anos, ninguém comia um chupa, ninguém comia um rebuçado, ninguém comia, não é? Essas coisas. Hoje em dia, os miúdos comem *bolicaos*, *chipicaos*, e essas coisas, gomas, rebuçados, chocolates, é o dia-a-dia que eles comem, não é? E então ajuda muito a que, mesmo a própria alimentação, os alimentos são mais ricos em glicose e têm muita mais glicose, os sumos e tudo faz com que eles, que seja mais fácil terem cáries.

Investigadora – E a nível dos materiais para a escovagem, a nível por exemplo do fio dentário ou do elixir?

Médica Dentista – O fio dentário é importante porque faz a escovagem interproximal que a escova, nem que seja uma escova eléctrica ou uma escovagem manual nunca chega ao espaço interproximal, por isso é importante. O elixir também é muito importante após a escovagem. É claro que se me perguntar o que é mais importante, o fio dentário é muito importante, agora há situações de pessoas em que têm algum problema a nível têm uma saliva que tem uma tendência a ser mais ou menos rica

em, pronto, em sais minerais que provocam mais, dá a sensação das cáries evoluírem mais rapidamente, aí já é muito importante. O elixir é importante, mas o que é mais importante é mesmo a escovagem e usar o fio porque o elixir no fundo é um complemento, não é? Para ajudar a mineralizar e para às vezes as pessoas têm um bocadinho de sensibilidade porque às vezes também fazem a higiene com pastas que são branqueadoras, porque está na moda os branqueamentos e depois isso desmineraliza um bocadinho os dentes e aí os elixires já são importantes. Porque vai ajudar a mineralizar.

Investigadora – E a nível destes cuidados, aplicam-se da mesma forma para adultos e crianças? A nível, por exemplo do fio dentário e do elixir, aconselha o uso nas crianças?

Médica Dentista – Sim.

Investigadora – A partir de que idade?

Médica Dentista – Mal nasce o primeiro dente, o fio não. O elixir desde que eles começam a bochechar...

Investigadora – A conseguir bochechar e a deitar fora...

Médica Dentista – Exactamente, agora o fio é assim, depende um bocadinho, não é? Porque o fio é importante, normalmente ...

Investigadora – Então considera que a partir do momento que eles consigam usar que acha importante?

Médica Dentista – Eu digo isto porque eu tenho a minha filha, vai fazer três anos e nos espaços interproximais que ela tem os dentinhos mais juntos, porque a tendência dos miúdos quando tem os dentes de leite é terem sempre um bocadinho de diastemas. Diastemas são espaços entre os dentes, não é? Quando eles têm muito unidos também lhes acumula ali alimentos, não é? Ficam ali retidos e esses alimentos depois vão ser o que vai provocar aquelas cariezinhas interproximais, se eles têm os dentes muito unidos e ficam lá retidos, vai fazer ali uma cariezinha, provocar uma cárie. Se usar fio, não é? A Inês (filha) nos incisivos inferiores que ela tem assim, usa sempre fio lá, nos outros não dá porque ela tem diastemas, não é preciso, mas ali precisa.

Investigadora – Enquanto médica dentista, atende certamente com frequência crianças com idades entre os três e os seis anos. Quais as reacções mais frequentes destas crianças perante a vinda ao dentista?

Médica Dentista – Olhe é assim normalmente, hoje em dia, aquele tabu do dentista já passou um bocadinho. São pouquíssimas as crianças que têm medo, nós aqui também temos, fazemos um

bocadinho as coisas, não obrigamos a nada, nem que na primeira consulta a gente não faça nada ou faz-se só alguma coisa. Se eles estão com medo ou estão com receio e não querem, eu também não os obrigo. Normalmente explico, mostro as coisas e isso e depois marco uma segunda consulta com mais tempo, nem que sejam os últimos para a gente ter, porque o que eu acho, a minha opinião é que se a gente obrigar, eles ficam traumatizados. E se a gente lhes der a facilidade de lhes explicar e mostrar as coisas, eles depois, e já nos tem acontecido muitas vezes marcamos uma hora com um miúdo que não se portou bem na última vez e ele já chega aqui já vê, já age naturalmente e deixa fazer tudo, porque se a gente obrigar, eles ficam com aquele trauma, não é? Porque foi obrigado, porque o tive de prender, não é? Tem é que se explicar muito bem as coisas e definir para que é que é, são idades em que eles são muito curiosos, vêem muita coisa e a gente tem que explicar, às vezes não vai explicar de uma maneira normal, mas por exemplo, diz que vai pôr um chuveirinho, vai ter que pôr o aspirador como em casa, só que este é especial porque aspira água, pronto começa com essas explicaçõezinhas.

Investigadora – Na sua opinião, qual deverá ser o papel que os pais deverão ter na saúde e higiene oral das crianças?

Médica Dentista – Isso os pais devem escovar todos os dias os dentes aos filhos porque eles sozinhos não escovam, porque muitas vezes os pais acham que eles escovam e eles não escovam, não é? Porque eles gostam de escovar e ser autónomos, não é? Mas nós temos que ser coerentes e realistas que eles não fazem a escovagem correcta e pelo menos, mesmo que eles tenham sete ou oito anos, os pais devem ir confirmar realmente se estão bem ou não escovados os dentes, se não estiverem têm que ir lá escovar, porque muitas vezes eles passam e escova e já está, porque fazem aquela, aquilo rápido e não sai nada e é muito importante os pais nisso é um incentivo fundamental não é, porque os miúdos, assim como vêem os pais a tomar banho, se os vêem a escovar os dentes, também fazem igual, não é? Se não vêem... É aquela coisa, é o exemplo, e eles seguem o exemplo dos pais muitas vezes.

Investigadora – E caso as crianças frequentem o jardim-de-infância, qual pensa ser o papel desta instituição na abordagem também desta temática?

Médica Dentista – É importante que eles também vão incentivar na escovagem, não é? Por exemplo aqui vocês (educadoras) costumam fazer sempre os check up's, eles habitua-se a vir e vêem o que é o consultório e não ficam com aquela impressão logo que vêem só porque..., porque hoje em dia tem que se pensar que quando se vai ao dentista, não se vai ao dentista porque está com dores de dentes, vai-se ao dentista porque é uma ..., vai-se ao dentista para ver como é que está a boca, para ver se está tudo bem, se é preciso actuar na prevenção, quais os hábitos de higiene e é isso que a população tem que se habituar que ainda não está muito mentalizada. A maior parte das pessoas só vêm ao dentista porque lhe dói o dente ou porque estava a comer qualquer coisa e partiu o dente, nessa altura já é tarde, não é? Deve-se ir frequentemente principalmente crianças, há crianças que eu até, que têm tendência a ganhar cáries e eu aconselho a vir de quatro em quatro meses ao consultório para eu ver,

porque eles não escovam os dentes, os pais não conseguem controlar a escovagem deles, que eles depois acham que já são ... e no entanto têm uma tendência pronto a ganhar cáries, muitas vezes factores hereditários e isso...

Investigadora – Em relação à prática da escovagem no jardim-de-infância, acha que é benéfica ou acha que é mais um risco adoptá-la no contexto?

Médica Dentista – Não, a prática da escovagem é muito boa, principalmente no final do almoço, é claro que, às vezes, para os infantários não é muito fácil porque são muitos miúdos, não têm as condições adequadas e no entanto, a escovagem em si, eu acho que cada miúdo podia ter lá a sua escovinha com a sua pastinha de dentes porque não interessa ter muita água ou pouca água, não é? Interessa é fazer a escovagem, não é? A água até nem é aconselhável, porque se utilizar muita água o que vai fazer?

Investigadora – Vai diluir.

Médica Dentista – Exactamente.

Investigadora – Então em relação à prática da escovagem “a seco” nos infantários, caso não haja, por exemplo, condições, lavatórios suficientes, ...

Médica Dentista – É sempre boa ideia porquê? Porque a própria saliva, ao fazer a escovagem com a pasta dos dentes, não é? Vai estimular um bocadinho mais a produção de saliva, depois eles, no fundo, quase só cospem, não é? E se forem miúdos pequeninos, eles não metem água na boca, não é? Aquilo é mesmo só escovar.

Investigadora – E para terminar, a partir de que idade as crianças deverão consultar um médico dentista?

Médica Dentista – Olhe isso aí, muitos dentistas tem várias e diversas opiniões, não é? É assim porque há muitos que aconselham logo que nasce o primeiro dente, não é? É assim, eu não digo desde que nasce o primeiro dente, pronto eles são muito pequeninos, é claro que deve-se escovar logo desde pequeninos, agora por volta dos dois, três anos, é importante ver a boca para ver se já está tudo direitinho, para ver se tem a dentição completa se não tem, se tem alguma agenesia, algum dente supranumerário, porque às vezes acontece, muitas malformações e isso, às vezes é importante por causa disso, não é? Agora é um bocadinho subjectivo, se falar com certeza a um odontopediatra, mesmo com a especialidade só de miúdos, de pediatria, ele com certeza até é capaz de dizer que é provável ser melhor desde o primeiro dia, desde que eles nascem, começar logo, é assim, aí ele não tem praticamente dentes e ainda está naquela fase, agora o que é importante e as pessoas não estão mentalizadas é a partir do momento que nasce o primeiro dente na boca têm que escovar e dizem assim “*Como é que vai escovar?*” Hoje em dia, existe de tudo no mercado, há dedeiras com umas

coisinhas, uns piquinhos tipo uns tubinhos de plástico para escovar, para meter no dedo para a própria mãe fazer a higienização de uma maneira subtil e ao mesmo tempo até massaja as gengivas quando estão na fase de erupção, pronto há aqueles massajadores, hoje em dia, no mercado há de tudo, há para o primeiro dente, há para mais do que um dente, não é? Hoje em dia, o mercado está, a nível de dentária e de material há de tudo. Há para as idades que só têm os incisivos e ainda não têm os caninos, que até têm uns espaçozinhos para depois não magoar quando ainda não tem dentes. Pronto há escovas de todas as maneiras, de todos os feitios.

Investigadora – Então o mais importante é lavarem, antes até da ideia de vir, claro que a partir dos dois, três considera importante virem, importante é a escovagem diária.

Médica Dentista – É muito importante, e mesmo os pais muitas vezes ficam admirados quando a gente lhes diz, não é? Que têm que escovar os dentes.

Investigadora – Obrigadinha.

Transcrição da Entrevista a um Médico Dentista

Investigadora – Enquanto médico dentista, qual o seu parecer sobre a evolução da medicina dentária em Portugal?

Médico Dentista – No meu entender, a medicina dentária em Portugal tem-se desenvolvido bastante, isto porque os médicos dentistas são cada vez mais atenciosos, neste caso como estamos a falar de crianças, eu penso que será o objectivo da pergunta, os médicos dentistas tem um atendimento muito mais direccionado para as necessidades da criança, quer na parte técnica quer na parte psicológica, na forma como atendem a criança existe um cuidado muito mais evidente do que nos anos passados.

Investigadora – E a sua opinião sobre os conhecimentos, valores e atitudes da população portuguesa sobre esta temática de saúde e higiene oral na actualidade? Pensa que se tem alterado com o tempo?

Médico Dentista – Sim, concordo que existe um maior conhecimento sobre as reais necessidades das crianças, neste caso, não é? E existe perante, existe pela parte dos pais uma atitude muito mais positiva no que se refere à higiene oral e à saúde oral em geral.

Investigadora – Denota uma crescente importância perante esta área da saúde? Se sim, porquê?

Médico Dentista – Sim, eu acho que hoje em dia na nossa sociedade, os pais, que são os responsáveis pela educação dos filhos, têm um conhecimento muito maior das necessidades dos seus filhos. Acho que, na generalidade, pela área da saúde, existe um maior conhecimento, mesmo como estava a referir e os pais são cada vez mais cuidadosos com os filhos, levam cada vez mais cedo ao dentista e em casa existe um cuidado muito maior sobre a higiene oral dos filhos.

Investigadora – E em relação às políticas de saúde oral em Portugal? Qual é a sua opinião? Encontra-se familiarizado como o Programa Nacional de Saúde Oral?

Médico Dentista – Não conheço muito o programa. Pronto, o programa, existe um programa que foi desenvolvido recentemente, nos últimos tempos e ainda existem bastantes dificuldades. Por aquilo que eu sei, o Programa Nacional de Saúde nas escolas ainda não está muito desenvolvido, existem muitas escolas que ainda não têm acesso a essa parte escolar do programa e no que diz respeito ao programa na parte clínica, ainda existem bastantes dificuldades no terreno. Por aquilo que eu sei e para quem está atento às notícias dessa área, sabe que este ano houve bastantes problemas, houve cheques dentistas que forem entregues já quase no final do prazo, pronto mas como qualquer política pública sabemos que existem estes problemas de implementação dos programas e é natural que com o avançar dos tempos e com uma ordem cada vez proactiva neste assunto, as coisas melhorem.

Investigadora – Cada vez mais é frequente falar-se da importância de uma boa e eficaz higiene oral. De uma forma geral, quais os cuidados essenciais para alcançar uma higiene oral correcta? Na sua opinião?

Médico Dentista – Essa pergunta é muito interessante porque no meu entender o problema da saúde oral nas crianças, além da ida ao dentista, mas principalmente baseia-se ou centra-se na higiene oral, porque a cárie é formada por uma ausência de uma correcta higiene oral, possamos assim dizer. Uma boca correctamente higienizada não tem cáries, se for higienizada consoante as suas necessidades, isto de um ponto de vista teórico.

Investigadora – Falou em relação à escovagem dos dentes, se a boca estiver correctamente higienizada todos os dias e em relação por exemplo à alimentação? Não interfere, acha que interfere?

Médico Dentista – Sim, a alimentação, neste caso, é muito importante porque a cárie é causada pela ingestão de substâncias cariogénicas. Claro que aquilo que eu estava a referir é que se uma boca for higienizada consoante as necessidades, isto intervêm, isto tem a ver com o tipo de alimentação da criança e a frequência com que a criança ingere açúcares.

Investigadora – E em relação aos materiais para a escovagem? O facto de, por exemplo, usar o elixir ou o fio dentário contribui ou ...?

Médico Dentista – Se estamos a falar de crianças em idade pré-escolar, o elixir e o fio dental não são indicados para as crianças desta idade. Mas voltando atrás na pergunta, aquilo que pergunta em relação aos cuidados essenciais para alcançar uma higiene oral correcta, acho que respondi a tudo.

Investigadora – Já me disse em relação ao elixir e ao fio dentário que não é aconselhável em crianças em idade pré-escolar, digo até aos seis anos, sete, oito talvez...

Médico Dentista – Ah, além de outro cuidado que é essencial é a criança ter uma formação que pode ser dada pelo pai ou por um profissional da saúde oral. O que acontece, no meu entender é que esta formação que existe e que é necessária porque uma criança até aos oito anos de idade não é auto-suficiente para prevenir correctamente a cárie dentária e a gengivite, que são as duas doenças que mais afectam as crianças. Então é necessário haver uma formação, só que a criança a formação que tem normalmente é insuficiente e não é eficaz porque uma criança aprende a lavar os dentes com os pais, mas não existe, da parte dos pais, não é dada uma formação muito correcta, ...

Investigadora – Específica.

Médico Dentista – Específica e por parte dos profissionais também não porque a criança vai ao dentista e, quando vai, ...

Investigadora – Já lava.

Médico Dentista – Já lava os dentes e o dentista vai ensinar a criança, mas vai ensinar uma vez esporadicamente e a prática de uma correcta higiene oral implica uma regra, uma criança com estas idades, o desafio, além de ensinar uma técnica correcta nas diferentes superfícies que existem, passa por haver uma regra e então a frequência com que a criança vai ao dentista não é ...

Investigadora – Suficiente.

Médico Dentista – Suficiente para que a criança adquira automatismos para fazer uma correcta higiene oral e motivadora.

Investigadora – Mas o que estava a dizer, voltando atrás, em relação aos cuidados, já me disse que o elixir e o fio dentário que não são adequados para crianças nessa idade. E em relação aos adultos, estes cuidados a nível de alimentação, da escovagem dos dentes mantêm-se todos?

Médico Dentista – Sim, ...

Investigadora – Ou pelo facto de, por exemplo, as crianças já terem ou terem ainda os dentes de leite e futuramente terem apenas os definitivos e os adultos já terem uma dentição já formada ...?

Médico Dentista – Essa ultrapassada visão é um dos problemas que ainda custa a ultrapassar na mentalidade dos pais, porque uma criança com problemas na dentição de leite, é uma criança que tem muita maior probabilidade de ter problemas na dentição permanente, então os cuidados não devem ser, não se devem diferenciar pelo tipo de dentição que uma pessoa apresenta, neste caso, as crianças, os dentes de leite.

Investigadora – Para além de ser médico dentista, encontra-se igualmente a desenvolver um projecto na área para aplicar com crianças com idades compreendidas entre 2 aos 6 anos. Podia explicar como surgiu e quais os principais objectivos desse mesmo projecto?

Médico Dentista – Este projecto surgiu no seguimento de estudos que participei num grupo de investigação na área da regeneração de tecidos dentários. E então, o que eu me apercebi ao longo destes estudos foi que o dente tem uma capacidade regenerativa, comparativamente com os outros órgãos do corpo humano, muito mais reduzida e também que os índices da cárie dentária nas crianças eram muito elevados. Sabemos hoje e perante o último estudo nacional que 51% das crianças aos 6 anos de idade já têm cárie dentária. E no seguimento desta participação que eu tive num grupo de investigação, decidi elaborar um projecto na área da prevenção da cárie dentária, porque achei que seria actual e necessário. Também por aqueles motivos que eu lhe falei anteriormente, que as crianças até aos 8 anos de idade não são auto-suficientes e então eu pensei que, se não são auto-suficientes por um motivo de destreza e também dificuldade em manter uma regra, então deveriam as crianças ter um

projecto direccionado para estas, para estes dois, não estou a ver a palavra, mas para motivar a criança a manter uma regra e dar uma aprendizagem técnica específica à criança de acordo com cada idade e ...

Investigadora – E ser uma coisa continuada, não ser como quando vai ao dentista que é apenas uma vez esporadicamente?

Médico Dentista – Sim, fazer parte da vida da criança, o objectivo era fazer, é fazer um projecto que faça parte da vida da criança como a higiene oral faz parte da vida da criança. Deve higienizar todos os dias, de manhã, à noite e na escola também.

Investigadora – Segundo me apercebi, o projecto então envolve actividades para realizar com as crianças. Pode especificar quais?

Médico Dentista – Certo. São três tipos de actividades, primeiro é intervir na higiene oral da escola, das crianças na escola, segundo, a segunda actividade é com a periodicidade mensal, em que se chama “Roogies Dental Show” em que é uma actividade para ensinar a criança a lavar os dentes de acordo com a sua idade, tendo um programa específico, no sentido da criança aprender a técnica nas diferentes superfícies e criar uma regra e se estar motivada para manter essa regra. Esta é a segunda actividade que se chama “dental show”. A terceira actividade é uma higienização profissional mensal. Esta actividade é, tem um cariz inovador, apesar do “dental show” também ter, mas esta actividade justifica-se porque visto que as crianças na realidade têm dificuldade em serem auto-suficientes na prevenção da cárie dentária e da gengivite, então o profissional higieniza a criança uma vez por mês, isto porque a cárie dentária forma-se a partir do 28º dia, acumulação de placa bacteriana, então ao fazer uma higienização com uma frequência mensal, a criança estará a, ou estará a ser possibilitada à criança um máximo, um programa avançado em prevenção.

Investigadora – Atendendo a que trabalha com regularidade com crianças no meio pré-escolar, na sua opinião qual pensa que deve ser o papel do jardim-de-infância na abordagem desta temática da saúde?

Médico Dentista – Eu acho que é muito importante, visto que a higiene oral faz parte da vida da criança, assim como o “tomar banho” e perante o que eu sei, são temas – a higiene – são temas que são abordados na escola. A higiene oral é um tema que também é fundamental fazer parte do programa escolar.

Investigadora – E em relação à prática da escovagem dos dentes? Encara-a como uma mais-valia nos jardins-de-infância, vendo-a como benéfica ou, por outro lado, pensa que é um risco adoptá-la neste contexto?

Médico Dentista – Primeiro é muito importante existir no programa ou fazer parte da vida escolar a hora de lavar os dentes. Por outro, no entanto, existem, na realidade existem riscos de higiene e

segurança, isto porque implica ou para fazer uma correcta higiene oral nas escolas, segundo o modelo tradicional em que a criança traz a escova de dentes e tem o seu copinho e a educadora armazena as escovas de dentes, este método tradicional é um método que acarreta alguns riscos, porque é difícil além de, na hora de lavar os dentes, é difícil controlar a troca, a não-troca de escovas de dentes entre crianças, além disso, há uma dificuldade em identificar o copinho e a escova de dentes de cada criança. Então é natural que aqui haja erros neste método tradicional. Por outro lado, por outro lado, o que é que acontece, na hora de lavar os dentes, normalmente é difícil ter o número de profissionais suficientes para fazer uma correcta supervisão. Eu posso dizer que em todas as escolas que eu conheço, conheço uma que faz de uma forma que eu não me sinta minimamente preocupado, apesar dos riscos serem reduzidos, mas existem e vivemos no século XXI e pronto temos que adoptar medidas no sentido de não haver este tipo de riscos.

Investigadora – Ou pelo menos minimizar ao máximo.

Médico Dentista – Ou minimizar ao máximo, com certeza.

Investigadora – E a opinião sobre a prática da escovagem “a seco” com as crianças sentadas à mesa sem recurso à água após a escovagem, caso não haja condições para fazer a escovagem?

Médico Dentista – A escovagem “a seco” é melhor do que não realizar a higiene oral, acho que é melhor fazer uma escovagem “a seco” do que não fazer qualquer tipo de escovagem na escola.

Investigadora – E a reacção das crianças perante o seu projecto? Tanto no momento da aplicação, ou seja, na realização das actividades como em termos de um futuro próximo?

Médico Dentista – As crianças têm uma receptividade ao projecto muito grande, ao início ficam um bocado admiradas com a quantidade de informação visual e não só. Foi realizado um estudo, realizei um estudo no ano passado e 92% das crianças, ou os pais consideravam, 92% dos pais consideravam, que as crianças tinham uma motivação alta ou muito alta em relação ao projecto. Também nesse estudo questioneei sobre as alterações visíveis aos pais na prática da higiene oral dos filhos e 95% dos pais consideraram que a criança teve uma evolução alta ou muito alta.

Investigadora – A nível de conhecimentos, valores, atitudes ...

Médico Dentista – A nível da prática da higiene oral, na prática diária em casa. Mesmo pelo comentário que os pais deixaram nesse estudo foi muito motivador e, na realidade, foi possível compreender que havia resultados muito visíveis nas crianças. Um ano já passou e as crianças que frequentavam o ano passado e mesmo as que deixaram de frequentar, segundo informações que eu tenho, a higiene oral diária destas crianças é uma, é feita de uma forma muito mais correcta do que se não tivesse frequentado o programa.

Investigadora – E em relação aos pais? Que papel pensa que estes deverão ter na saúde e higiene oral dos filhos?

Médico Dentista – Eu acho que o papel dos pais é fundamental, o trabalho que é feito com as crianças, neste caso, no projecto que eu estou a desenvolver, o trabalho realizado nas crianças é proporcional à motivação dos pais para a higiene oral, porque uma criança que chega a casa e que tem um pai motivado para a higiene oral vai fazer com que o resultado seja completamente diferente do que uma criança que chegue a casa e o pai não queira saber. No fundo, a saúde oral da criança vai ser proporcional à motivação dos pais para este tema. Acho que é fundamental.

Investigadora – Daí eles terem um papel fundamental.

Investigadora – Na sua opinião, a partir de que idade deverão as crianças consultar um médico dentista ou um higienista oral?

Médico Dentista – O ideal é a partir do momento que nasce o primeiro dente na criança, o pai ir ao médico dentista e ser aconselhado sobre os cuidados...

Investigadora – Primeiro dente...

Médico Dentista – Da dentição de leite.

Investigadora – E estamos a falar de meses.

Médico Dentista – Meses.

Investigadora – Ok.

Médico Dentista – Existia uma corrente de médicos dentistas que dizia que era a partir dos três anos. Nos últimos anos, muitos médicos dentistas têm adoptado por aconselhar os pais irem ao dentista a partir do momento que nasce o primeiro dente de leite. Para os pais estarem alertas sobre os cuidados que vão ter que ter a partir desse momento.

Investigadora – Se calhar mais então para os pais do que propriamente para vigiar nesse momento a boca do bebé?

Médico Dentista – Sim, apesar de dar logo para fazer um, com os poucos elementos que se tem, dá para, pode-se fazer um diagnóstico ao crescimento normal ou anormal que a criança tenha nos maxilares.

Investigadora – E posteriormente, a regularidade?

Médico Dentista – A regularidade aconselhável é de seis em seis meses, esta é a periodicidade aconselhada, existem poucos casos de médicos dentistas que aconselham mensalmente, que, no fundo, fazem aquilo, que o projecto contempla nas escolas que é a higiene oral profissional.

Investigadora – Na terceira actividade, fase.

Médico Dentista – Na terceira fase, este tipo de médicos dentistas o que fazem e espero que mais tarde também consiga implementar isso no programa, é como um seguro, em que asseguram que a criança não vai ter cáries e então vão à consulta uma vez por mês fazer uma higienização e se tiverem alguma cárie, então a clínica dentária ou o médico responsabiliza-se pela cárie que a criança tem. Mas é uma vertente que ainda poucos médicos dentistas adoptam e é difícil ter em Portugal para já.

Investigadora – Ok, muito obrigada.